

Aggiornamento normativa anticorruzione

·Premessa: il nuovo PNA e le recenti modifiche legislative

- Il presente Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (di seguito PNA) è il primo predisposto e approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (di seguito ANAC), ai sensi dell'art. 19 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, che ha **trasferito interamente all'Autorità le materie della prevenzione della corruzione e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.**
- Il PNA tiene conto di importanti modifiche legislative in itinere, in fase avanzata di emanazione, in molti casi dando attuazione alle nuove discipline della materia, di cui si dà per acquisita l'entrata in vigore quando le amministrazioni dovranno attuare il PNA nei loro Piani triennali di prevenzione della corruzione (di seguito PTPC) in particolare a partire dalla formazione dei PTPC per il triennio 2017-2019.
- Si fa riferimento, in particolare, allo schema di decreto legislativo «recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione pubblicità e trasparenza correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124.

- La nuova disciplina chiarisce che il PNA è atto generale di indirizzo rivolto a tutte le amministrazioni (e ai soggetti di diritto privato in controllo pubblico, nei limiti posti dalla legge) che adottano i RPC (ovvero le misure di integrazione di quelle adottate ai sensi del decreto legislativo 8 giugno, n. 231).
- Il PNA, in quanto atto di indirizzo, contiene indicazioni che impegnano le amministrazioni allo svolgimento di attività di analisi della realtà amministrativa e organizzativa nella quale si svolgono le attività di esercizio di funzioni pubbliche e di attività di pubblico interesse esposte a rischi di corruzione e all'adozione di concrete misure di prevenzione della corruzione. Si tratta di un modello che contempera l'esigenza di uniformità nel perseguimento di effettive misure di prevenzione della corruzione con l'autonomia organizzativa, spesso costituzionalmente garantita, delle amministrazioni nel definire esse stesse i caratteri della propria organizzazione e all'interno di essa, le misure organizzative necessarie a prevenire i rischi di corruzione rilevati.

- La nuova disciplina tende a rafforzare il ruolo dei Responsabili della prevenzione della corruzione (RPC) quali soggetti titolari del potere di predisposizione e di proposta del PTPC all'organo politico. E', inoltre, previsto un maggiore coinvolgimento degli organi politici nella formazione e attuazione dei Piani così come di quello degli organismi indipendenti di valutazione (OIV). Questi ultimi, in particolare, sono chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.
- La nuova disciplina persegue, inoltre, l'obiettivo di semplificare le attività delle amministrazioni nella materia, ad esempio unificando in un solo strumento il PTPC e il Programma triennale della trasparenza e dell'integrità e prevedendo una possibile articolazione delle attività in rapporto alle caratteristiche organizzative (soprattutto dimensionali) delle amministrazioni.

Il PNA, dunque, deve guidare le amministrazioni nel percorso che conduce, necessariamente all'adozione di concrete ed effettive misure di prevenzione della corruzione, senza imporre soluzioni uniformi, che finirebbero per calarsi in modo innaturale nelle diverse realtà organizzative compromettendone l'efficacia preventiva dei fenomeni di corruzione.

L'ANAC già con l'Aggiornamento 2015 (Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015) ha dimostrato consapevolezza delle difficoltà delle amministrazioni a compiere per intero questo percorso, come rilevato nell'analisi dei PTPC approvati negli anni 2014 e 2015.

- Tali criticità potranno essere progressivamente superate anche all'esito dei processi di riforma amministrativa introdotti dalla legge 7 agosto 2015, n. 124 e dai relativi decreti delegati.
- Nel campo specifico della lotta alla corruzione l'Autorità continua convintamente nell'opera di prevenzione, sottolineando la centralità del risultato (le misure di prevenzione) anche rispetto ai passaggi e al metodo generale per raggiungerlo. Di qui la scelta nella direzione dell'approfondimento di specifiche realtà amministrative, per tipologie di amministrazioni o per settori specifici di attività.

Esiti della valutazione dei PTPC 2016-2018

- Nel corso del 2016 è stato individuato un campione ristretto di amministrazioni pubbliche (198) al fine di analizzare i PTPC 2016-2018 adottati. Il primo dato che emerge è la percentuale significativa di soggetti che, almeno fino al mese di aprile 2016, risultavano non aver adottato il PTPC, pari al 31,8% del campione; in particolare, per i comuni non metropolitani la percentuale si attesta al 53,8%.
- Il successivo ricampionamento per tipologia di amministrazione (ove possibile) ha permesso di individuare un ulteriore insieme di 186 amministrazioni; i PTPC da queste ultime adottati hanno costituito l'oggetto dell'analisi, con il duplice obiettivo di comprendere, alla luce dell'Aggiornamento 2015 al PNA, lo scostamento rispetto alle indicazioni ivi contenute, nonché il miglioramento dei documenti adottati rispetto al precedente monitoraggio.

- La metodologia di analisi dei PTPC è stata improntata a criteri qualitativi, piuttosto che quantitativi. Emerge un timido miglioramento dei livelli qualitativi dei PTPC, anche se l'analisi effettuata lascia intravedere ampi margini di miglioramento.
- Si continuano, tra l'altro, a rilevare criticità in tutte le fasi del processo di gestione del rischio, così come nella *governance* generale del sistema e nella previsione, attuazione e monitoraggio delle misure, confermando una certa difficoltà nell'applicazione della normativa.

·In particolare, i principali risultati dell'analisi sono i seguenti:

Adozione del PTPC

·Una buona percentuale di amministrazioni ha meglio esplicitato i poteri di interlocuzione e di controllo (36,6% dei casi), la posizione di autonomia e indipendenza organizzativa del RPC e della struttura di supporto (8,6% dei casi) nonché l'attribuzione di un supporto conoscitivo e operativo riconosciuto al RPC (nel 32,3% dei casi).

·Il sistema di monitoraggio

· Il sistema di monitoraggio sull'implementazione del PTPC continua ad essere una variabile particolarmente critica e un miglioramento di tale aspetto è necessario per assicurare l'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione delle singole amministrazioni. Quasi la metà delle amministrazioni esaminate non lo esplicita (45,2%) e buona parte delle restanti amministrazioni lo esplicita ma in termini del tutto generici. Di contro, il 25,8% delle amministrazioni indica sia tempi che responsabili del monitoraggio ed il restante 6% circa si divide tra quelle amministrazioni che esplicitano i tempi ma non responsabili (1,6%) e quelle che indicano i responsabili ma non i tempi (4,3%).

· area di rischio non supera le 10 unità, suggerendo un livello di analiticità piuttosto basso; a ciò si aggiunge, inoltre, che circa il 12% del campione ha individuato, per ciascun processo censito, sia le fasi che i responsabili dell'attuazione, percentuale che aumenta al 19% circa, se si considera esclusivamente l'identificazione dei responsabili.

· *Analisi e valutazione del rischio*

· Il precedente rapporto di monitoraggio lasciava emergere un quadro di sostanziale inadeguatezza anche del cosiddetto *risk assessment* (analisi e valutazione del rischio). Il monitoraggio 2016 evidenzia un significativo miglioramento, con circa il 50% del campione che ha individuato gli eventi rischiosi per ciascun processo, di cui il 12% ha realizzato una puntuale analisi del rischio, attraverso l'identificazione delle loro cause, dato pressoché assente in precedenza. Anche con riferimento alla valutazione e ponderazione del rischio si evince un seppur lieve, miglioramento. In particolare, si evidenzia un calo della percentuale di amministrazioni che non hanno effettuato alcun tipo di analisi, dal 31,5% dello scorso monitoraggio.

all'11% circa del monitoraggio 2016

Misure di prevenzione

Ancora critica, seppure in miglioramento, appare la fase relativa al trattamento del rischio, sia con riferimento all'individuazione delle misure che alla loro programmazione. L'individuazione delle misure generali risulta prevalente rispetto a quelle specifiche, la cui presenza nei PTPC delle amministrazioni analizzate oscilla tra l'88,2% (Codice di comportamento) e il 33,3% (sensibilizzazione e rapporto con la società civile). La programmazione delle misure generali ha registrato un certo livello di miglioramento, anche se in diversi PTPC risultano solo elencate e solo in una minoranza sono indicati tempi, responsabili indicatori di monitoraggio e viene data evidenza della loro attuazione. Aumentano le amministrazioni che menzionano le misure specifiche, anche se è limitato il loro approfondimento.

·Approfondimento - Contratti Pubblici

- Con riferimento alle indicazioni fornite con l'Aggiornamento 2015 al PNA, nella parte dedicata ai Contratti Pubblici, i PTPC analizzati hanno presentato le maggiori criticità. In tal senso, la gran parte delle amministrazioni non ha effettuato l'autoanalisi organizzativa suggerita dall'Autorità. Riguardo all'analisi dei processi organizzativi, l'auspicata considerazione delle diverse fasi della gara risulta presente in una bassa percentuale di amministrazioni e oscilla tra il 25,8% (Progettazione della Gara) e il 18,3% (Rendicontazione). Inoltre, anche la presenza di misure specifiche per le summenzionate fasi oscilla tra il 18,3% (progettazione della gara) e l'11,8% (rendicontazione). Appare evidente, quindi, la difficoltà delle amministrazioni di recepire tali indicazioni e la necessità di un periodo di tempo maggiore per l'adeguamento.

·Approfondimento - Sanità

- Anche la parte specifica sulla sanità risulta ancora lontana dal risultato atteso. Se si considerano le amministrazioni facenti parte del campione e interessate all'analisi, una bassa percentuale di ASL e Policlinici Universitari hanno censito alcuni dei processi tipici delle amministrazioni del comparto (tra cui, attività libero professionale e liste di attesa per circa il 35%, attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero, per circa il 28% delle amministrazioni campionate). Anche con riferimento alle misure specifiche suggerite dall'Aggiornamento 2015 al PNA nel focus sulla sanità, i livelli di adempimento sono sempre tendenzialmente bassi (comunque sempre inferiori al 40%).
- Dalla valutazione effettuata, l'Autorità ha tratto alcune indicazioni per la predisposizione del presente PNA.
- In primo luogo, l'effetto tempo e, presumibilmente, anche le indicazioni contenute nell'Aggiornamento 2015 al PNA, sembrano aver aiutato le amministrazioni a superare almeno alcune delle difficoltà sperimentate nelle precedenti annualità in relazione all'individuazione dei rischi di corruzione e alla capacità di collegarli adeguatamente ai processi organizzativi

- Ciò induce a valutare gli effetti della normativa anticorruzione in una prospettiva temporale ampia. La valenza di innovazione amministrativa che la normativa anticorruzione comporta e il cambio culturale ad essa connesso richiedono tempi medio lunghi, continuità e stabilità di scelte di fondo.
- In questa prospettiva, il PNA (che si muove sul solco metodologico già introdotto dal PNA 2013 e ripreso nell'Aggiornamento 2015) ribadisce la centralità dell'analisi del rischio e delle misure specifiche di prevenzione della corruzione contestualizzate, fattibili e verificabili nonché offre ulteriori orientamenti e indicazioni a supporto delle amministrazioni favorendo anche lo scambio di buone pratiche.
- In secondo luogo, si è riscontrata una tendenziale difficoltà delle amministrazioni ad adeguare autonomamente misure e strumenti previsti nel PNA 2013, con particolare riferimento alle fasi di ponderazione del rischio.

- Ciò evidenzia, ancora una volta, il disagio delle amministrazioni di uscire da schemi pre-impostati, alla ricerca di soluzioni meglio rispondenti alle peculiarità delle stesse e la necessità, quindi, di offrire strumenti differenziati a seconda del comparto e/o della complessità organizzativa.
- Il PNA, cercando di superare la logica dell'applicazione uniforme e formalistica della disciplina, si muove proprio nella direzione di provare a dare indicazioni e strumenti differenziati, in particolare con riferimento a possibili semplificazioni organizzative, in caso di ridotte dimensioni degli enti e con riferimento alla tipologia di misure di prevenzione della corruzione.

·3. Soggetti tenuti all'adozione di misure di prevenzione della corruzione

- Sull'ambito soggettivo di applicazione delle disposizioni in materia di trasparenza e degli indirizzi in materia di prevenzione della corruzione dettati dal PNA è recentemente intervenuto il richiamato schema di decreto in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, che introduce modifiche ed integrazioni sia all'art. 11 del d.lgs. 33/2013, sia alla l. 190/2012.
- In particolare, l'art. 3, co. 2, del citato schema inserisce nel corpo del d.lgs. 33/2013 un nuovo articolo, l'art. 2-bis, rubricato «Ambito soggettivo di applicazione», che sostituisce il vigente art. 11 del d.lgs. 33/2013, contestualmente abrogato dall'art. 43 dello schema.

La medesima disciplina in materia di trasparenza prevista per le pubbliche amministrazioni sopra richiamate è estesa, “in quanto compatibile”, ai seguenti soggetti:

- ^aagli enti pubblici economici e agli ordini professionali;
- alle società in controllo pubblico come definite dall’art. 2 dello schema di decreto legislativo predisposto in attuazione dell’art. 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124, «Testo Unico in materia di società a partecipazione pubblica». Sono escluse, invece, le società che emettono azioni quotate in mercati regolamentati, le società che prima del 31 dicembre 2015 hanno emesso strumenti finanziari quotati in mercati regolamentati e le società partecipate dalle une o dalle altre;
- alle associazioni, alle fondazioni e agli enti di diritto privato comunque denominati

anche privi di personalità giuridica, la cui attività sia finanziata in modo maggioritario da pubbliche amministrazioni o in cui la totalità o la maggioranza dei titolari dell'organo d'amministrazione o di indirizzo sia designata da pubbliche amministrazioni (art. 2-bis, co. 2, introdotto nel d.lgs. 33/2013 dall'art. 3, co. 2 dello schema di decreto correttivo in esame).

- a. Per i suddetti soggetti il PNA costituisce atto di indirizzo ai fini dell'adozione di misure di prevenzione della corruzione di cui alla l. 190/2012 e integrative di quelle già adottate ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 (art. 1, co. 2-bis, introdotto nella l. 190/2012 dall'art. 41, co. 1, lett. b) dello schema di decreto correttivo in esame).

- . Si raccomanda agli organi di indirizzo di prestare particolare attenzione alla individuazione di detti obiettivi nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione. La mancanza di tali obiettivi può configurare un elemento fondamentale ai fini della irrogazione delle sanzioni di cui all'art. 19, co. 5, lett. b) del d.l. 90/2014.
- 5.2 Responsabile della prevenzione della corruzione
- Con riferimento al RPC, si segnala l'indicazione della più recente normativa di modifica della l. 190 -2012 (v. schema di decreto art. 41, co. 1 lett. f)) di attribuire

allo stesso anche le funzioni di Responsabile della trasparenza (di seguito RT). Questo in coerenza anche con quanto previsto a proposito della definitiva confluenza dei contenuti del PTTI all'interno del PTPC disposta dallo schema di decreto.

Inoltre, nello schema di decreto si raccomanda di rafforzare il ruolo del RPC anche con le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività. Corollario è la previsione di doveri di segnalazione all'ANAC di eventuali misure discriminatorie dirette o indirette nei confronti del RPC comunque collegate allo svolgimento delle sue funzioni. In tal caso l'ANAC può richiedere informazioni all'organo politico e intervenire con i poteri di cui all'art. 15, co. 3 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 «Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.».

- Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il RPC è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e a indicarne il nome all'interno del PTPC. Occorre considerare, infatti, che ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della s.a., della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici

·7.1 Trasparenza

- La trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica. L'Autorità raccomanda, quindi, alle amministrazioni e a tutti gli altri soggetti destinatari del presente PNA di rafforzare tale misura nei propri PTPC anche oltre al rispetto di specifici obblighi di pubblicazione già contenuti in disposizioni vigenti,
- All'attuale quadro normativo in materia di trasparenza deriveranno rilevanti innovazioni dal più volte richiamato schema di decreto legislativo in materia di prevenzione della corruzione, in corso di definitiva approvazione.
- Lo schema di decreto ridefinisce e precisa l'ambito soggettivo di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza. L'art. 3 inserisce nel corpo del d.lgs. 33/2013 un nuovo articolo, l'art.

·2-bis, rubricato «Ambito soggettivo di applicazione», che sostituisce il vigente art. 11 del d.lgs. 33/2013, contestualmente abrogato dall'art. 43 dello schema. Si rinvia, in merito, ai contenuti del paragrafo 3.

- Il decreto persegue, inoltre, l'importante obiettivo di razionalizzare gli obblighi di pubblicazione vigenti mediante la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche.

- In questa direzione vanno le due misure di semplificazioni introdotte all'art. 3 del d.lgs. 33/2013 (art. 4 dello schema di decreto). La prima (comma 1-bis), prevede la possibilità di pubblicare informazioni riassuntive in sostituzione della pubblicazione integrale qualora siano coinvolti dati personali, conferendo all'ANAC il compito di individuare i dati oggetto di pubblicazione riassuntiva con propria delibera da adottare con il parere del Garante della privacy e previa consultazione pubblica.

- La seconda (comma 1-ter) consente all'ANAC, in sede di adozione del PNA, di modulare gli obblighi di pubblicazione e

- Infine, l'art. 6 dello schema di decreto introduce una nuova versione dell'accesso civico molto più ampio di quello previsto dalla formulazione attuale dell'art. 5 del d.lgs. 33/2013 riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento. Con riguardo a questo istituto, l'Autorità sarà investita della regolazione attraverso l'adozione di specifiche Linee guida.

·7.2 Rotazione

- Nell'ambito del PNA la rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

· La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. Infatti occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono

7.2.2 Rotazione ordinaria

La rotazione ordinaria del personale è espressamente richiamata nelle Linee guida adottate dal Comitato interministeriale, istituito con d.p.c.m. 16 gennaio 2013, come misura da valorizzare nella predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione. L'art. 1, co. 4, lett. e) della l. 190/2012, dispone che spetta all'ANAC definire i criteri che le amministrazioni devono seguire per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione.

Si ricorda, infatti che l'art. 19, co. 15, del d.l. 90/2014 ha previsto che «Le funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione di cui all'articolo 1, commi 4, 5 e 8, della legge 6 novembre 2012 n. 190, e le funzioni di cui all'articolo 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, sono trasferite all'Autorità nazionale anticorruzione.»

L'ambito soggettivo di applicazione della rotazione va identificato con riguardo sia alle organizzazioni alle quali essa si applica, sia ai soggetti

• Art.1 co. 59 della l. 190/2012, si deve trattare delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001.

• Pur in mancanza di una specifica previsione normativa relativa alla rotazione negli enti di diritto privato a controllo pubblico e negli enti pubblici economici, l'Autorità ritiene opportuno che le amministrazioni controllanti e vigilanti promuovano l'adozione da parte dei suddetti enti di misure di rotazione come già, peraltro, indicato nelle Linee guida di cui alla Determinazione n. 8 del 17 giugno 2015. In tale sede, sono inoltre state suggerite, in combinazione o in alternativa alla rotazione, misure quali quella della articolazione delle competenze (c.d. "segregazione delle funzioni") con cui sono attribuiti a soggetti diversi compiti: a) svolgere istruttorie e accertamenti; b) adottare decisioni; c) attuare le decisioni prese; d) effettuare verifiche.

• Per quanto concerne l'individuazione specifica di quali siano i dipendenti pubblici interessati dalla misura, la lettura sistematica delle disposizioni normative, (co. 4, lett. e), e co. 5, lett. b) dell'art. 1 della l. 190/2012), tenuto anche conto della finalità sostanziale della misura e dello scopo della norma e, peraltro, in continuità con

- Occorre tenere presente, inoltre, che sussistono alcune ipotesi in cui è la stessa legge che stabilisce espressamente la specifica qualifica professionale che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti uffici; e ciò avviene di norma nei casi in cui lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo.
- Nel caso in cui si tratta di categorie professionali omogenee non si può invocare il concetto di infungibilità. Rimane sempre rilevante, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.
- Proprio per prevenire situazioni come questa, in cui la rotazione sembrerebbe esclusa da circostanze dovute esclusivamente alla elevata preparazione di determinati dipendenti, le amministrazioni dovrebbero programmare adeguate attività di affiancamento propedeutiche alla rotazione.

·Rotazione e formazione

· La formazione è una misura fondamentale per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione. Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può contribuire a rendere il personale più flessibilmente impiegabile in diverse attività. Si tratta, complessivamente, attraverso la valorizzazione della formazione, dell'analisi dei carichi di lavoro e di altre misure complementari, di instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze, che possano porre le basi per agevolare, nel lungo periodo, il processo di rotazione.

· In una logica di formazione dovrebbe essere privilegiata una organizzazione del lavoro che preveda periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività, con un altro operatore che nel tempo potrebbe sostituirlo. Così come dovrebbe essere privilegiata la circolarità delle informazioni attraverso la cura della trasparenza interna delle attività, che, aumentando la condivisione delle conoscenze professionali per l'esercizio di determinate attività, conseguentemente aumenta le possibilità di impiegare per esse personale diverso.

Misure alternative in caso di impossibilità di rotazione

- Non sempre la rotazione è misura che si può realizzare, specie all'interno di amministrazioni di piccole dimensioni. In casi del genere è necessario che le amministrazioni motivino adeguatamente nel PTPC le ragioni della mancata applicazione dell'istituto. In questi casi le amministrazioni sono comunque tenute ad adottare misure per evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi, specie di quelli più esposti al rischio di corruzione. In particolare dovrebbero essere sviluppate altre misure organizzative di prevenzione che sortiscano un effetto analogo a quello della rotazione, a cominciare, ad esempio, da quelle di trasparenza.
- A titolo esemplificativo potrebbero essere previste dal dirigente modalità operative che favoriscano una maggiore partecipazione del personale alle attività del proprio ufficio. Inoltre, perlomeno nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie più delicate, potrebbero essere promossi meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali, prevedendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di

- Altro criterio che potrebbe essere adottato, in luogo della rotazione, è quello di attuare una corretta articolazione dei compiti e delle competenze. Infatti, la concentrazione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto può esporre l'amministrazione a rischi come quello che il medesimo soggetto possa compiere errori o tenere comportamenti scorretti senza che questi vengano alla luce. Sarebbe auspicabile, quindi, che nelle aree a rischio le varie fasi procedurali siano curate da più persone, avendo cura in particolare che la responsabilità del procedimento sia sempre assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente, cui compete l'adozione del provvedimento finale.

- Sui criteri di rotazione declinati nel PTPC le amministrazioni devono dare preventiva e adeguata informazione alle organizzazioni sindacali, ciò al fine di consentire a queste ultime di presentare proprie osservazioni e proposte. Ciò non comporta un'apertura di una fase di negoziazione in materia.

· *Fonti della disciplina in materia di rotazione*

- Se è necessario che il PTPC di ogni amministrazione contenga i criteri di rotazione, lo stesso, invece, può rinviare la disciplina della rotazione ad ulteriori atti organizzativi. A tal fine possono essere utili i regolamenti di organizzazione sul personale o altri provvedimenti di carattere generale già adottati. Il PTPC è necessario chiarisca sempre qual è l'atto a cui si rinvia.

- Per quanto riguarda la rotazione dei dirigenti il PTPC potrà rinviare alla disciplina più specifica quale la “direttiva incarichi” o atti equivalenti.

· *Programmazione pluriennale della rotazione*

- E' fondamentale che la rotazione sia programmata su base pluriennale, tenendo in considerazione i vincoli soggettivi e oggettivi come sopra descritti, dopo che sono state individuate le aree a rischio

- loro interno gli uffici maggiormente esposti a fenomeni corruttivi. Ciò consente di rendere trasparente il processo di rotazione e di stabilirne i nessi con le altre misure di prevenzione della corruzione. La programmazione della rotazione richiede non solo il coordinamento del RPC, ma anche e soprattutto il forte coinvolgimento di tutti i dirigenti e dei referenti del RPC, se presenti all'interno della struttura. Come ogni misura specifica, la rotazione deve essere calibrata in relazione alle caratteristiche peculiari di ogni struttura (dimensione e relativa dotazione organica, qualità del personale addetto, modalità di funzionamento degli uffici, distribuzione del lavoro e delle mansioni).

· Gradualità della rotazione

- Tenuto conto dell'impatto che la rotazione ha sull'intera struttura organizzativa, è consigliabile programmare la stessa secondo un criterio di gradualità per mitigare l'eventuale rallentamento dell'attività ordinaria. A tal fine dovranno essere considerati, innanzitutto, gli uffici più esposti al rischio di corruzione, per poi considerare gli uffici con un livello di esposizione al rischio più basso.

· *Monitoraggio e verifica*

- Nel PTPC è necessario siano indicate le modalità attraverso cui il RPC effettua il monitoraggio riguardo all'attuazione delle misure di rotazione previste e al loro coordinamento con le misure di formazione. In ogni caso, tanto gli organi di indirizzo politico amministrativo che i dirigenti generali, con riferimento rispettivamente agli incarichi dirigenziali di livello generale e al personale dirigenziale, sono tenuti a mettere a disposizione del RPC ogni informazione utile per comprendere come la misura venga progressivamente applicata e quali siano le eventuali difficoltà riscontrate. Analogamente, il dirigente con responsabilità in materia di formazione rende disponibile al RPC ogni informazione richiesta da quest'ultimo sull'attuazione delle misure di formazione coordinate con quelle di rotazione.
- Nella relazione annuale, il RPC espone il livello di attuazione delle misure di rotazione e delle relative misure di formazione, motivando gli eventuali scostamenti tra misure pianificate e realizzate. Quest'ultima, insieme alle segnalazioni comunque pervenute all'Autorità, costituirà una base informativa di grande rilievo da cui muoverà l'azione di vigilanza di ANAC.

Rotazione del personale dirigenziale

- Per quanto riguarda i dirigenti la rotazione ordinaria è opportuno venga programmata e sia prevista nell'ambito dell'atto generale approvato dall'organo di indirizzo politico, contenente i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali che devono essere chiari e oggettivi.
- Il PTPC di ogni amministrazione deve fare riferimento a tale atto generale (come, ad esempio, la Direttiva ministeriale che disciplina gli incarichi dirigenziali) ove vengono descritti i criteri e le modalità per la rotazione dirigenziale. Ciò anche per evitare che la rotazione possa essere impiegata in modo poco trasparente, limitando l'indipendenza della dirigenza.
- Per il personale dirigenziale, la disciplina è applicabile ai dirigenti di prima e di seconda fascia, o equiparati.
- Negli uffici individuati come a più elevato rischio di corruzione, sarebbe preferibile che la durata dell'incarico fosse fissata al limite minimo legale. Alla scadenza, la responsabilità dell'ufficio o del servizio dovrebbe essere di regola affidata ad altro dirigente, a prescindere dall'esito della.

valutazione riportata dal dirigente uscente. Invero, l'istituto della rotazione dirigenziale, specie in determinate aree a rischio, dovrebbe essere una prassi "fisiologica", mai assumendo carattere punitivo e/o sanzionatorio

- Essendo la rotazione una misura che ha effetti su tutta l'organizzazione di un'amministrazione, progressivamente la rotazione dovrebbe essere applicata anche a quei dirigenti che non operano nelle aree a rischio. Ciò tra l'altro sarebbe funzionale anche ad evitare che nelle aree di rischio ruotino sempre gli stessi dirigenti. La mancata attuazione della rotazione deve essere congruamente motivata da parte del soggetto tenuto all'attuazione della misura.
- *— In prospettiva: rotazione del personale dirigenziale in relazione alla legge 7 Agosto 2015 n. 124 (c.d. Legge Madia)*

·Le questioni organizzative che si pongono a proposito della rotazione della dirigenza sono di diverso tenore. Una decisa influenza su di esse avrà l'effettiva adozione del decreto legislativo di attuazione di quanto disposto dall'art. 11 della l. 124/2015, che prevede la costituzione di ruoli unici per la dirigenza e soprattutto modalità di affidamento degli incarichi dirigenziali attraverso un "interpello" al quale possono rispondere tutti i dirigenti appartenenti ai ruoli. Tutto questo, in prospettiva, potrà favorire la rotazione dei dirigenti fino a rendere probabilmente ininfluenza l'elemento della limitata disponibilità di dirigenti nelle amministrazioni di piccole e medie dimensioni, potendo queste contare su un mercato delle professionalità dirigenziali reso più ampio.

Rotazione del personale non dirigenziale

La rotazione ordinaria del personale non dirigenziale può essere effettuata o all'interno dello stesso ufficio o tra uffici diversi nell'ambito della stessa amministrazione. La rotazione è applicabile anche ai titolari di posizione organizzativa, nei casi in cui nell'amministrazione il personale dirigenziale sia carente o del tutto assente.

Può essere citato, quale esempio di *best practice*, quello messo in atto da un Comune del nord Italia che ha favorito la rotazione tra i propri funzionari, attraverso una procedura di interpello per individuare candidature a ricoprire ruoli di posizione organizzativa e alta professionalità, nonché prevedendo la non rinnovabilità dello stesso incarico per quanto riguarda i titolari delle posizioni organizzative.

· *Rotazione nell'ambito dello stesso ufficio*

- Il personale potrebbe essere fatto ruotare nello stesso ufficio periodicamente, con la rotazione c.d. “funzionale”, ossia con un'organizzazione del lavoro basata su una modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidati ai dipendenti. Ciò può avvenire, ad esempio, facendo ruotare periodicamente i responsabili dei procedimenti o delle relative istruttorie; applicando anche la rotazione dei funzionari che facciano parte di commissioni interne all'ufficio o all'amministrazione. Ancora, a titolo esemplificativo, nel caso di uffici a diretto contatto con il pubblico che hanno anche competenze di back office, si potrebbe prevedere l'alternanza di chi opera a diretto contatto con il pubblico, in alcuni uffici (es. Soprintendenze) potrebbe essere opportuno modificare periodicamente l'ambito delle competenze territoriali affidate a ciascun funzionario.

· *Rotazione nella stessa amministrazione tra uffici diversi*

· .

- traduce in una assegnazione del dipendente ad altro ufficio o servizio, nel caso di personale dirigenziale, ha modalità applicative differenti comportando la revoca dell'incarico dirigenziale e, se del caso, la riattribuzione di altro incarico.
- Per quanto attiene all'ambito oggettivo, e dunque alle fattispecie di illecito che l'amministrazione è chiamata a tenere in conto ai fini della decisione di far scattare o meno la misura della rotazione straordinaria, come linea di indirizzo possono essere considerati almeno i reati richiamati dal d.lgs. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I "Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica amministrazione", nonché quelli indicati nel d.lgs. 31 dicembre 2012 , n. 235 che, oltre ai citati reati, ricomprende un numero molto rilevante di gravi delitti, tra cui l'associazione mafiosa, quella finalizzata al traffico di stupefacenti o di armi, i reati associativi finalizzati al compimento di delitti anche tentati contro la fede pubblica, contro la libertà individuale. Oltre ai citati

- decisione di far ruotare il personale la riconduzione del comportamento posto in essere a condotta di natura corruttiva e dunque potranno conseguentemente essere considerate anche altre fattispecie di reato.
- In ogni caso, l'elemento di particolare rilevanza da considerare ai fini dell'applicazione della norma, è quello della motivazione adeguata del provvedimento con cui viene disposto lo spostamento.
- **7.3 Verifica delle dichiarazioni sulla insussistenza delle cause di inconferibilità**
 - Tra le misure da programmare nel PTPC vi sono quelle relative alle modalità di attuazione delle disposizioni del d.lgs. 39/2013, con particolare riferimento alle verifiche e ai controlli dell'insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi.
 - L'Autorità si è più volte pronunciata su tale materia e, da ultimo, ha adottato linee guida relative al ruolo e funzioni del RPC nel procedimento di accertamento delle inconferibilità e

- Spetta, innanzitutto, al RPC far rispettare le disposizioni del d.lgs. 39/2013, contestando situazioni di inconferibilità o di incompatibilità e segnalando l'eventuale violazione all'ANAC.
- In particolare, il RPC è il soggetto cui la legge, ad avviso dell'Autorità, riconosce il potere di avvio del procedimento, di accertamento e di verifica della sussistenza di una causa di inconferibilità, cui consegue la nullità dell'incarico ai sensi dell'art. 17 del d.lgs. 39/2013. Spetta sempre al RPC l'avvio del successivo procedimento volto ad inibire, ai sensi dell'art. 18 del medesimo decreto, l'esercizio di poteri di nomina da parte dell'organo che ha effettuato nomine dichiarate nulle perché in contrasto la disciplina del d.lgs. 39/2013.
- Nel differente caso della sussistenza di una causa di incompatibilità, l'art. 19 del d.lgs. 39/2013 prevede la decadenza e la risoluzione del contratto, di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato da parte del RPC, dell'insorgere della causa di incompatibilità, senza che l'interessato abbia esercitato l'opzione tra gli incarichi incompatibili.

- L'applicazione della sanzione inibitoria prevista dal citato art. 18 presuppone l'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, da parte del soggetto che ha conferito l'incarico ai sensi del combinato disposto degli artt. 3 e 12 della legge 24 novembre 1981, n. 689, «Modifiche al sistema penale». Centrale nel procedimento sanzionatorio è, dunque, la verifica che il RPC è tenuto a fare circa la sussistenza dell'elemento soggettivo del dolo o della colpa. A tal fine, il RPC concentra l'accertamento sulle dichiarazioni rilasciate dagli interessati ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013 verificando, altresì, se e in che modo queste siano state valutate dall'organo conferente gli incarichi.
- Le dichiarazioni in argomento, che vertono sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità o di incompatibilità normativamente previste, rappresentano, infatti, un fondamentale elemento di responsabilizzazione di chi deve essere nominato. Nondimeno, gli organi che conferiscono incarichi hanno, comunque, il dovere di accertare, nel rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità di cui all'art. 97 Cost., i requisiti necessari alla nomina e, per quanto qui rileva, l'assenza di cause di

- Sarà, dunque, onere dell'amministrazione conferente, sulla base della fedele elencazione degli incarichi ricoperti, effettuare le necessarie verifiche circa la sussistenza di una causa di inconferibilità o di incompatibilità. In questo modo si agevola anche l'accertamento dell'elemento psicologico del dolo o della colpa lieve in capo all'organo conferente, chiamato a verificare se, in base agli incarichi elencati nella dichiarazione, quello che si vuole affidare sia o meno inconferibile o sia con quelli incompatibile.
- Le verifiche spettano, quindi, agli uffici che supportano gli organi competenti alla nomina. Nulla impedisce, anzi può costituire un ulteriore elemento di garanzia, che il RPC sia coinvolto nella procedura di verifica.
- Ne consegue che anche il compito del RPC nell'ambito del procedimento sanzionatorio sarà più agevole, potendosi, ad esempio, concludere per la responsabilità dell'organo conferente ogni volta che l'incarico dichiarato nullo sia stato conferito nonostante dalla elencazione prodotta emergano elementi che, adeguatamente accertati, potevano evidenziare cause di inconferibilità o di incompatibilità.

- Inoltre, l'inclusione nel suddetto elenco anche di incarichi che rendono inconfirabile quello che si vuole affidare, escluderebbe in modo evidente la mala fede dell'autore della dichiarazione. Con riferimento, però, a tale ultimo profilo, vale evidenziare che l'elemento psicologico del dichiarante non è preso in considerazione dal legislatore, il quale, come sopra chiarito, collega alla dichiarazione mendace, accertata dalla stessa amministrazione nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, l'inconfiribilità di qualsivoglia incarico tra quelli previsti dal decreto per il periodo di cinque anni.
- Il co. 4 dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013 stabilisce, poi, che la dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità costituisce condizione di efficacia dell'incarico. Poiché da quanto appena detto la sola dichiarazione non è sufficiente, ma occorre la verifica sopra indicata, la norma va interpretata nel senso che è condizione di efficacia dell'incarico non solo la presentazione della dichiarazione da parte dell'interessato, ma anche l'esito positivo della verifica

- Per questi motivi il legislatore si è posto l'obiettivo di rivedere l'intera politica di costituzione di tali enti di diritto privato, al fine di evitare di costituire nel futuro enti destinati allo spreco di risorse pubbliche e di ridurre in modo consistente la partecipazione pubblica in tali soggetti, anche attraverso la soppressione di enti e attraverso processi di "reinternalizzazione" (cioè di riconduzione di compiti alla competenza di uffici delle stesse amministrazioni) delle attività di pubblico interesse.
- In questa prospettiva si è posta la l. 124/2015, in particolare all'art. 18, nel delegare il Governo alla adozione di un decreto legislativo, vero e proprio Testo Unico, «per il riordino della disciplina in materia di partecipazioni societarie delle amministrazioni pubbliche».
- In attuazione della delega il Governo ha adottato in via preliminare, il 20 gennaio 2016, uno schema di decreto, che ha ad oggetto «la costituzione di società da parte di amministrazioni pubbliche nonché l'acquisto, il mantenimento e la gestione di partecipazioni da parte di tali amministrazioni in società a totale o parziale partecipazione pubblica, diretta o indiretta». La nuova disciplina riguarda, quindi, gli enti in forma di società (per azioni o a responsabilità limitata), ma non gli enti in forma associativa e

- La nuova disciplina, al fine di perseguire gli scopi della riconduzione delle partecipazioni al perseguimento dei fini istituzionali dell'amministrazione e del massimo risparmio di risorse pubbliche, detta regole più stringenti sulle procedure di scelta quanto alla costituzione di nuove società o al mantenimento di partecipazioni in atto, che devono essere oggetto di "analitica motivazione" (art. 5) e di una annuale analisi dell'assetto delle società di cui detengono partecipazione, anche attraverso un "piano di riassetto" o di "razionalizzazione" (art. 20).
- Sono, poi, dettate norme sulle finalità perseguibili con la partecipazione in società (art. 4), sull'organizzazione e gestione delle società a controllo pubblico, quali l'adozione di contabilità separate per la distinzione tra attività di pubblico interesse e attività "svolte in regime di economia di mercato", la valutazione del rischio aziendale, l'adozione di più qualificati strumenti di "governo societario" (art. 6), la gestione del personale secondo regole sul reclutamento che avvicinino tali società al regime del lavoro con le pubbliche amministrazioni (art. 19).

- a. la minore garanzia di imparzialità di coloro che operano presso gli enti, sia per quanto riguarda gli amministratori che per quanto riguarda i funzionari, soprattutto quando gli enti siano chiamati a svolgere attività di pubblico interesse di particolare rilievo (si pensi allo svolgimento di funzioni pubbliche affidate, ovvero allo svolgimento di attività strumentali strettamente connesse con le funzioni pubbliche principali dell'amministrazione). Per gli amministratori valgono norme attenuate quanto ai requisiti di nomina e norme solo civilistiche di responsabilità. Per i dipendenti (con qualifica dirigenziale o meno) viene aggirato il principio del pubblico concorso;
- b. la maggiore distanza tra l'amministrazione affidante e il soggetto privato affidatario, con maggiori difficoltà nel controllo delle attività di pubblico interesse affidate; il problema è aggravato dal fatto che in molti casi l'esternalizzazione delle attività è motivata proprio dall'assenza, nell'amministrazione, di competenze professionali adeguate; in questi casi l'attività è svolta dall'ente privato e l'amministrazione si può trovare nella difficoltà di controllarne l'operato perché non è nelle condizioni di costituire adeguati uffici allo scopo;

- — Le amministrazioni valutano se sia necessario limitare la esternalizzazione dei compiti di interesse pubblico. Ciò vale in particolare con riferimento alle attività strumentali. Le amministrazioni dovrebbero vigilare perché siano affidate agli enti privati partecipati le sole attività strumentali più “lontane” dal diretto svolgimento di funzioni amministrative. Ad esempio, se possono essere utilmente esternalizzate attività di manutenzione o di pulizia, maggiore attenzione dovrebbe porsi per attività quali lo svolgimento di accertamenti istruttori relativi a procedimenti amministrativi o le stesse attività di informatizzazione di procedure amministrative.
- — Laddove si ritenga utile costituire una società mista secondo la vigente normativa in materia, le amministrazioni individuano il socio privato con procedure concorrenziali, vigilando attentamente sul possesso, da parte dei privati concorrenti, di requisiti non solo economici e professionali, ma anche di quelli attinenti la moralità e onorabilità.

Le amministrazioni sottopongono gli enti partecipati a più stringenti e frequenti controlli sugli assetti societari e sullo svolgimento delle attività di pubblico interesse affidate. In particolare, occorre avere riguardo alle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, alle procedure di espropriazione di pubblico interesse, all'erogazione di servizi di interesse generale e di interesse economico generale. L'esternalizzazione può, infatti, giustificarsi in termini di maggiore efficienza, efficacia e economicità, ma non in termini di attenuazione delle garanzie di imparzialità. Nella valutazione di scelte organizzative tra esternalizzazione o reinternalizzazione va considerato anche il profilo della capacità dell'amministrazione di svolgere adeguati controlli.

→ Sempre qualora si ritenga di mantenere in vita enti di diritto privato a controllo pubblico destinati allo svolgimento di attività di pubblico interesse, le amministrazioni promuovono negli statuti di questi enti, la separazione, anche dal punto di vista organizzativo, di tali attività da quelle svolte in regime di concorrenza e di mercato. Qualora la separazione organizzativa sia complessa, è necessario adottare il criterio della separazione contabile tra le due tipologie di attività

- Occorre promuovere l'introduzione negli enti di diritto privato a controllo pubblico (così come definiti dal decreto legislativo attuativo dell'art. 18 della l. 124/2015), quanto alla disciplina del personale, di regole che avvicinino tale personale a quello delle pubbliche amministrazioni, ai fini della garanzia dell'imparzialità. Ciò comporta l'adozione di procedure concorsuali per il reclutamento, sottratte alla diretta scelta degli amministratori degli enti, nonché procedure di affidamento di incarichi equivalenti agli incarichi dirigenziali nelle pubbliche amministrazioni che diano analoghe garanzie di imparzialità, soprattutto qualora tali incarichi siano relativi ad uffici cui sono affidate le attività di pubblico interesse (nella misura in cui è stato possibile separare organizzativamente tali uffici). Comporta altresì il riconoscimento in capo ai responsabili di tali uffici (comunque delle attività di pubblico interesse) di garanzie di autonomia gestionale comparabili con quelle riconosciute ai dirigenti delle pubbliche amministrazioni. Comporta, poi, l'applicazione a questo personale delle regole sulla

SANITA'

Introduzione

- Il presente approfondimento è stato redatto tenendo conto del lavoro degli appositi tavoli tematici ANAC, Ministero della salute e AGENAS e realizza una prima implementazione di quanto già introdotto nella sezione Sanità dell'Aggiornamento 2015 al PNA.
- Le indicazioni specifiche qui fornite rappresentano un primo insieme di misure, in costante evoluzione, affinamento e miglioramento, concretamente attuabili con gli opportuni adattamenti di contesto e con gli strumenti disponibili, che hanno lo scopo di favorire una maggiore capacità di contrasto da parte delle istituzioni sanitarie dei fenomeni corruttivi nel breve/medio periodo.
- In particolare, le misure indicate costituiscono possibili soluzioni organizzative per preservare il Servizio Sanitario Nazionale (di seguito SSN) dal rischio di eventi corruttivi (con specifico riferimento al contesto strutturale, sociale ed economico in cui si collocano ed operano le istituzioni medesime) e per innalzare il livello globale di integrità, di competenza e di produttività del sistema sanitario nazionale a partire dall'aumento dell'efficacia e dell'efficienza delle singole unità operative in cui si articola.

- Per realizzare questi obiettivi, il presente approfondimento rivolto alle regioni e alle organizzazioni sanitarie aziendali, presenta un quadro di interventi tra loro correlati la cui realizzazione richiede necessariamente un forte investimento formativo, soprattutto sugli RPC e, a cascata, su tutti coloro che intervengono nei processi di costruzione ed attuazione delle azioni dei PTPC. Ciò affinché tutti i soggetti siano in grado di utilizzare al meglio le misure e le indicazioni contenute nel PNA per realizzare il livello di equilibrio ottimale fra i due pilastri: la realizzazione piena delle finalità istituzionali di un'azienda sanitaria, da cui dipende il livello di salute di una popolazione, e il contrasto ai tentativi e/o ai fatti corruttivi che si oppongono o ne ostacolano il perseguimento.

·Ruolo del responsabile della prevenzione della corruzione Premessa

- Il RPC rappresenta uno dei soggetti fondamentali per l'attuazione della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza. La Determinazione ANAC 28 ottobre 2015, n. 12, nel richiamare
- i criteri di scelta da parte delle pubbliche amministrazioni, fissa

- i requisiti soggettivi legati al ruolo dirigenziale, quelli relativi alle conoscenze e alle competenze, la posizione di indipendenza, i poteri di interlocuzione e di controllo e i connessi profili di responsabilità, il supporto conoscitivo e operativo ed eventuali referenti e, più complessivamente, i compiti, le funzioni e le prerogative propri di tale figura all'interno dell'organizzazione di cui è parte.
- In considerazione della natura dei soggetti destinatari del PNA - sezione Sanità e delle peculiarità delle organizzazioni sanitarie nell'ambito del sistema-aziende che operano all'interno del SSN, è necessario che le indicazioni fornite nella parte generale siano quanto più possibile contestualizzate, sia nella scelta da parte dell'organo nominante (Direttore Generale), sia nella configurazione degli strumenti di supporto nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, funzionali alla migliore gestione di tutti i processi interni alla stessa. In coerenza, infatti, con le indicazioni della parte generale, il ruolo e le funzioni del RPC non possono prescindere, vieppiù in un'organizzazione sanitaria e di alta complessità, dalle funzioni strategiche di pianificazione, di vigilanza, di monitoraggio e di controllo

- dell'organizzazione stessa e devono essere integrate ed interconnesse con esse.
- Nel presente approfondimento sono contenute indicazioni specifiche al fine di uniformare, per gli aspetti di comune applicabilità, i criteri di scelta delle aziende e degli enti del SSN, del profilo cui attribuire la funzione di RPC.
- **1. Ambito soggettivo**
- I soggetti cui si rivolge l'approfondimento sono i medesimi contenuti al punto 1.2 dell'approfondimento sezione II Sanità dell'Aggiornamento 2015 al PNA di cui alla Determinazione ANAC n. 12/2015.
- **1.1 Altri soggetti non di diritto pubblico: gli ospedali classificati e altri soggetti accreditati con il SSN**
- Per gli enti non di diritto pubblico accreditati con il SSN si raccomanda alle amministrazioni di riferimento di promuovere

- l'adozione di strumenti per il rafforzamento della trasparenza e per la prevenzione della corruzione e del conflitto di interessi, alla luce delle indicazioni operative contenute anche nel presente approfondimento.

- Particolare riguardo va riservato ai c.d. ospedali classificati o equiparati in ragione della peculiarità di questi enti la cui natura giuridica - amministrativa non ne consente la riconducibilità netta al settore pubblico o al privato. La normativa di settore a oggi invariata ha, di fatto, determinato, con riferimento a tali enti, una nuova fattispecie giuridica legata ad una personalità di natura privata delle strutture ecclesiastiche classificate ed equiparate, coesistente con la erogazione di un servizio ospedaliero sottoposto alle stesse regole generali del settore pubblico.

- È ragionevole, quanto **opportuno, quindi, estendere anche a tali enti le medesime indicazioni** contenute nel presente approfondimento, per quanto applicabili, dandone opportuna evidenza in ognuno degli specifici accordi contrattuali.

- Qualora le aziende sanitarie e gli altri soggetti di cui al presente paragrafo controllino o partecipino in società o altri
enti di diritto

- privato, questi ultimi, in analogia agli altri soggetti sopra menzionati, sono tenuti ad assicurare l'applicazione della normativa di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, anche ai fini dell'individuazione e nomina della figura del RPC.
- **2 Conoscenze e competenze generali e comuni del RPC in ambito sanitario e requisiti soggettivi**
- L'approfondimento sezione II Sanità dell'Aggiornamento 2015 al PNA contiene già indicazioni sui requisiti soggettivi dei RPC, prevedendo che «Fermo restando quanto già indicato nella parte generale, il profilo del professionista al quale attribuire l'incarico di RPC è opportuno abbia specifiche competenze in tema di conoscenza dell'organizzazione e gestione della struttura sanitaria, dei processi e delle relazioni in essa esistenti».
- Nella definizione del profilo del RPC è necessario tenere conto degli aspetti che connotano la funzione che deve esercitare tale figura che possono essere ricompresi prevalentemente in due ambiti: “preventivo” e di “vigilanza”.
- In riferimento al primo ambito, il RPC è chiamato ad elaborare il PTPC che costituisce l'espressione delle conoscenze specifiche e contingenti in possesso del RPC e della sua capacità di utilizzare

- presenti all'interno e all'esterno della struttura in cui opera. In merito al secondo aspetto, quello della vigilanza, il RPC è chiamato a vigilare sul rispetto di quanto previsto dal Piano, a elaborare nuove misure e strategie preventive e a segnalare criticità e/o specifici fatti corruttivi o di cattiva gestione. Il prevalere di un aspetto o dell'altro, ovvero il livello di equilibrio fra questi due ambiti, rilevano nell'identificazione del profilo del RPC.

· Poste le caratteristiche comuni della funzione del RPC e del profilo dirigenziale cui deve rispondere tale figura, il RPC delle aziende sanitarie e degli enti assimilati del SSN assume, anche alla luce della sezione sanità dell'Aggiornamento 2015 al PNA, un ruolo pregnante all'interno dell'organizzazione sanitaria che richiede, in quanto tale, una sempre più specifica conoscenza del settore sotto tutti gli aspetti, organizzativo, gestionale e sanitario.

- Al fine di contestualizzare tale profilo nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, occorre, con maggior livello di dettaglio:

-

- - definire il profilo e le competenze del RPC delle aziende sanitarie e degli enti del SSN;
- - esplicitare il sistema di relazioni/collegamenti del RPC con riferimento ai rapporti con i vertici aziendali e con i responsabili delle varie articolazioni aziendali;
- - esplicitare gli strumenti a supporto del RPC (ad esempio referenti e/o struttura organizzativa in relazione al livello di complessità dell'organizzazione aziendale).
- Sulla base delle suddette considerazioni si possono distinguere in capo al RPC due diversi aspetti: profili di competenza e aspetti organizzativi.

·2.1 Profili di competenza

·Le caratteristiche conoscitive principali del RPC devono essere:

- conoscenza dell'organizzazione sanitaria (ospedaliera/territoriale) e dei diversi processi che costituiscono gli elementi fondamentali per la produzione di servizi sanitari;

- conoscenza dei processi amministrativi e gestionali;
- - capacità di valutare il contesto in cui opera un'azienda sanitaria e degli snodi importanti di funzionamento della macchina assistenziale ed amministrativa sulla base anche della conoscenza intersettoriale dell'azienda sanitaria e della rete di relazioni interne ed esterne della stessa in ambito locale, regionale ed extra regionale;
- - conoscenza degli strumenti di programmazione aziendale e del sistema di valutazione delle performance per le necessarie interconnessioni tra questi e il PTPC. .2 2 Aspetti organizzativi

· Posto che il RPC negli enti del servizio sanitario debba almeno occupare una posizione dirigenziale di struttura complessa o a valenza dipartimentale (UOC, UOD, Dipartimento/Distretto/Presidio, ecc.) e che la funzione di RPC è aggiuntiva rispetto alla funzione e al ruolo del dirigente già ricoperti all'interno dell'organizzazione, a invarianza di risorse economiche, è importante nell'individuazione della figura più adeguata al ruolo di

- dirigente (sia di area sanitaria che amministrativa) di struttura semplice; - dirigente responsabile del settore gare e appalti;
- dirigente responsabile dell'ufficio procedimenti disciplinari;
- - dirigente esterno con contratto di collaborazione/consulenza e/o altro tipo di rapporti a tempo determinato.
- Rispetto ai suddetti criteri di esclusione, eventuali scelte residuali dovranno, in ogni caso, essere adeguatamente motivate, avuto riguardo delle indicazioni di cui al presente approfondimento e in coerenza con la cornice normativa vigente per l'ambito di riferimento. Resta intesa, in ogni caso, per tutte le fattispecie non esplicitamente annoverate tra quelle escludenti la nomina a RPC, la presupposta condizione di assoluta integrità del soggetto da nominare, che, di norma, non deve essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari.

4.Criteri di scelta

- Se gli aspetti che prevalgono nella scelta sono quelli “di competenza”, le aziende sanitarie e gli enti assimilati avranno cura di valorizzare l'organizzazione funzionale di supporto al RPC di cui al successivo punto 6

«Compiti di supporto

- Per quanto concerne, in particolare, gli strumenti a supporto del RPC è opportuno all'atto della nomina, specie laddove nella scelta i profili di competenza prevalgano sugli aspetti organizzativi, esplicitare i collegamenti e le strutture/figure di supporto al RPC che consentano, da un lato, un efficace espletamento dei compiti di quest'ultimo e, dall'altro, la necessaria partecipazione dei responsabili degli uffici a tutte le fasi di predisposizione e di attuazione del PTPC, nonché la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia partecipazione di tutti i dipendenti. In questo caso è necessario che la scelta, a prescindere dal profilo professionale, avvenga sulla base della presenza di requisiti che, in quanto a conoscenza, competenza e integrità assicurino la qualità e l'efficacia dell'azione preventiva e quindi delle misure organizzative adottate dagli enti quale componente effettiva della funzione di programmazione e valutazione aziendale. A tal riguardo, è opportuno prevedere

- un'integrazione di differenti competenze multidisciplinari (referenti) che siano di supporto al RPC.

1. Durata dell'incarico

- La durata dell'incarico del RPC deve essere fissata tenendo conto della non esclusività della funzione, che, al contrario, viene assegnata a titolari di incarichi dirigenziali di struttura complessa e/o valenza dipartimentale già ricoperti all'interno dell'organizzazione. La durata, quindi, non può che essere strettamente correlata alla durata del contratto sottostante all'incarico dirigenziale.
- Questa stretta correlazione viene meno, però, in caso processi di rimodulazione dell'organizzazione aziendale, che comportino la soppressione dell'incarico dirigenziale. In questi casi l'incarico di RPC prosegue fino alla naturale scadenza del contratto legato al precedente incarico e comunque in coerenza con la

- Le predette indicazioni sono connesse alla salvaguardia della necessaria “indipendenza” che deve contraddistinguere la funzione del RPC rispetto anche ad eventuali potenziali condizionamenti connessi ai fattori di rischio evidenziati al punto 5. Il RPC deve, infatti, essere una figura di garanzia per l’istituzione sanitaria e non un incarico di natura fiduciaria. Di ciò deve tenersi conto anche nella determinazione della durata dell’incarico, non correlata a quella del contratto del Direttore Generale.

1. Formazione

- La centralità della formazione e il ruolo strategico che essa assume nella qualificazione e nel mantenimento delle competenze, sono affermati, come richiamato nella nota sottostante, già nella l. 190/2012.

- Ferma restando la responsabilizzazione delle amministrazioni e degli enti sulla scelta dei soggetti da formare e su cui investire prioritariamente e la trasversalità della formazione all'interno dell'organizzazione per tutti i soggetti che, seppur con approcci differenziati, partecipano, a vario titolo, alla formazione ed attuazione delle misure di prevenzione, la figura del RPC e le figure di supporto (referenti, organi di indirizzo, titolari di uffici e di funzioni strategiche, ecc.) sono da considerarsi destinatari prioritari dell'investimento formativo.
- Sotto il profilo dei contenuti la formazione deve riguardare, anche in modo specialistico, tutte le diverse fasi di costruzione dei PTPC e delle connesse relazioni annuali: a titolo di esempio, l'analisi di contesto, esterno e interno, la mappatura dei processi, l'individuazione e la valutazione del rischio, l'identificazione delle misure e le modalità di verifica, monitoraggio e controllo delle stesse.
- Sotto il profilo delle modalità didattiche, sono da

·modalità formative secondo la logica della diffusione e implementazione dell'esperienza e delle buone pratiche, da condursi anche sul campo,

·rivolte sia ai RPC che alle figure di supporto finalizzate a costruire la consapevolezza e la corresponsabilizzazione degli operatori e dei responsabili delle aree a rischio nelle attività di monitoraggio dei processi e dei procedimenti.

· I percorsi formativi dovranno pertanto connotarsi per una sempre maggiore specificità in relazione alle peculiarità del settore sanitario rispetto agli altri settori della pubblica amministrazione e per l'approccio operativo finalizzato al consolidamento di una reale e concreta capacità di applicazione e di trasferimento delle competenze nell'espletamento delle funzioni rivestite all'interno dell'organizzazione.

modalità formative secondo la logica della diffusione e implementazione dell'esperienza e delle buone pratiche, da condursi anche sul campo rivolte sia ai RPC che alle figure di supporto finalizzate a costruire la consapevolezza e la corresponsabilizzazione degli operatori e dei responsabili delle aree a rischio nelle attività di monitoraggio dei processi e dei procedimenti.

I percorsi formativi dovranno pertanto connotarsi per una sempre maggiore specificità in relazione alle peculiarità del settore sanitario rispetto agli altri settori della pubblica amministrazione e per l'approccio operativo finalizzato al consolidamento di una reale e concreta capacità di applicazione e di trasferimento delle competenze nell'espletamento delle funzioni rivestite all'interno dell'organizzazione.

Acquisti in ambito sanitario

Fermo restando quanto già indicato nella Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, nella «Parte Speciale – Approfondimenti» dedicata alla Sanità e, In particolare

·quanto ivi riportato al paragrafo 2.1.1. “Contratti pubblici”, di seguito si forniscono ulteriori, specifiche indicazioni relative al processo degli acquisti in ambito sanitario.

·1. Misure per la gestione dei conflitti di interessi nei processi di *procurement* in sanità

- Nell’ambito degli appalti in sanità, l’esigenza di affrontare in modo sistemico e strategico le situazioni di conflitti di interesse appare maggiormente sentita a causa delle caratteristiche strutturali di potenziale intrinseca “prossimità” di interessi presenti nell’organizzazione sanitaria con specifico riferimento al settore degli acquisti, generata dal fatto che i soggetti proponenti l’acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati. L’argomento riveste una particolare rilevanza alla luce anche del d.lgs. 50/2016 (nuovo

- Codice dei contratti pubblici), che, all'art. 42, reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione dei conflitti di interesse che possano essere percepiti come minaccia alla imparzialità e all'indipendenza del personale della stazione appaltante.
- Occorre, pertanto, predisporre misure per una corretta gestione dei conflitti potenziali e/o effettivi attraverso l'enucleazione delle fattispecie tipiche di conflitto di interessi e la divulgazione di informazioni finalizzate a consentire ai tecnici e ai professionisti sanitari più esposti al rischio di conflitto di interessi di agire con la consapevolezza richiesta, anche attraverso la compilazione delle apposite dichiarazioni; è inoltre opportuna la definizione di un modello di gestione dei conflitti di interessi e la informazione dei professionisti coinvolti.
- Di conseguenza si propongono le

- seguenti possibili misure:
 - → adozione di documenti strategici finalizzati a facilitare l'implementazione coordinata di misure preventive che agiscano contemporaneamente sul piano della sensibilizzazione e della responsabilizzazione degli attori coinvolti;
 - → predisposizione di una modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse e definizione di apposite procedure per la raccolta, tenuta ed aggiornamento di tali dichiarazioni;
 - → formazione dei professionisti coinvolti mediante moduli dedicati alla gestione dei conflitti di interesse;
 - → informazione puntuale e tempestiva degli operatori coinvolti, ad esempio mediante l'adozione e diffusione di documenti esplicativi che facilitino l'autovalutazione delle situazioni personali e relazionali con riferimento al contesto in cui ciascun soggetto si trova ad operare (in una Commissione giudicatrice, in un Collegio tecnico per la stesura degli atti di gara, ecc..)

·– Nell’ambito della sponsorizzazione di attività:

· – Nei casi in cui la **formazione dei professionisti sia sponsorizzata con fondi provenienti da imprese private**, le aziende predispongono procedure che prevedano che le **richieste di sponsorizzazione siano indirizzate direttamente alla struttura indicata dall’azienda (es. Direzione Sanitaria) e non ai singoli professionisti** o a loro associazioni private e che tali richieste non siano mai nominative, dovendo essere l’azienda a indicare e autorizzare i dipendenti idonei a beneficiarne (in relazione al ruolo organizzativo, al bisogno formativo, ecc.).

· – Le risorse derivanti dalle sponsorizzazioni sono utilizzate attraverso l’istituzione di un **fondo dedicato alla formazione dei professionisti**, da gestire secondo criteri di rotazione, imparzialità e con modalità che garantiscano la piena trasparenza.

·– Nel rilascio di pareri, nulla osta, autorizzazioni allo svolgimento di **attività extra impiego**:

· – Le aziende definiscono un procedimento per rilascio di pareri, nulla osta, autorizzazioni allo svolgimento di attività extra impiego che tenga conto: nel caso in cui il soggetto richiedente sia membro

di una **commissione di gara**, della possibile insorgenza di situazioni di conflitto quando la procedura di gara sia in uno stato avanzato di espletamento che non consente agevoli sostituzioni o quando non siano presenti professionalità fungibili con quella del dipendente; della programmazione degli acquisti e, quindi, delle professionalità che potranno essere chiamate a partecipare alle future procedure di gara.

2. Rafforzamento della trasparenza nel settore degli acquisti

La pubblicazione dei dati relativi alle attività negoziali da parte delle stazioni appaltanti è finalizzata a consentire **l'accesso alle informazioni essenziali**, che devono essere innanzitutto contenute negli atti riguardanti un appalto.

·Il rispetto dell'obbligo di pubblicazione di tali dati e informazioni richiede, quindi, anche una maggiore cognizione e responsabilità nell'adozione degli atti e nella definizione dei relativi contenuti, in quanto deve consentire alle figure preposte – ed ai cittadini in senso generale – la piena conoscenza dell'operato della pubblica amministrazione. Pertanto, fermi restando gli obblighi di pubblicazione previsti dalla legislazione vigente, di seguito sono indicati, quali misure di trasparenza, un set di dati da pubblicare sul sito istituzionale delle stazioni appaltanti e un set di **dati minimi da riportare nella determina a contrarre, nel contratto e in tutti gli ulteriori atti connessi all'appalto** (atto di proroga, di rinnovo, di variante, ecc.), con un duplice livello di controllo del rispetto di tali misure da parte sia del RPC sia del collegio dei revisori aziendali.

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

- - presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
- - oggetto e natura dell'appalto (lavori/servizi/forniture/misto con esplicitazione della prevalenza; in caso di contratto di *global service* comprensivo di diversi servizi, indicazione analitica dei diversi servizi, evidenziando eventuali beni e/o servizi ad esclusivo utilizzo della Direzione generale aziendale);
- - procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi (aperta/ristretta/competitiva con negoziazione/negoziata senza previa pubblicazione del bando/procedura sotto soglia);
- - importo dell'appalto, con specificazione anche dei costi derivanti dal ciclo di vita dell'appalto (ad es. per materiali connessi all'utilizzo e/o per manutenzioni);
- - termini temporali dell'appalto: durata dell'esigenza da soddisfare con l'appalto (permanente/*una tantum*), durata prevista dell'appalto, se disponibili, decorrenza e termine dell'appalto;

- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
- - CIG e (se presente) CUP.
- - presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
- - fase della procedura di aggiudicazione o di esecuzione del contratto (indizione/aggiudicazione/affidamento/proroga del contratto/rinnovo del contratto ecc./risoluzione) nonché motivazioni di eventuali proroghe, rinnovi, affidamenti in via diretta o in via d'urgenza;
- - indicazione dell'operatore economico affidatario del medesimo appalto immediatamente precedente a quello oggetto della procedura di selezione;
- - RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
- - CIG e (se presente) CUP;
- -

- resoconto economico e gestionale dell'appalto, incluso l'ammontare delle fatture liquidate all'appaltatore.

·2.1 Altre proposte di misure di trasparenza nel settore degli acquisti

- Ulteriori proposte di misure tese a rafforzare ed elevare il livello di trasparenza in questo settore trovano specifica applicazione in relazione alle diverse fasi del processo di acquisto.

· Nella fase di progettazione della gara le stazioni appaltanti pubblicano le seguenti informazioni:

- - criteri per gestire le varie forme di consultazione preliminare di mercato con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo la rendicontazione sintetica degli incontri (anche di quelli eventualmente aperti al pubblico);
- - elenco dei soggetti (funzionari e dirigenti) abilitati a svolgere la funzione di responsabili del procedimento di gara, con relativi curricula;
- - per le centrali di committenza, pubblicazione periodica dello stato

di avanzamento dei lavori per la realizzazione delle iniziative programmate, inclusa la previsione della conclusione del procedimento;

- criteri univoci per: le procedure finalizzate all'accertamento delle condizioni di cui all'art. 63, co. 2, lett. b) del d.lgs. 50/2016 (per il caso di esclusive dichiarate o di infungibilità tecnica); la scelta degli operatori economici da invitare nelle procedure negoziate sotto soglia (indagini di mercato o elenco fornitori).
- Nella fase di istituzione delle commissioni di gara, le stazioni appaltanti pubblicano le seguenti informazioni:
 - tempestiva pubblicazione dei nominativi e dei curricula dei commissari selezionati, in conformità a quanto previsto all'art. 29 del d.lgs. 50/2016;
 - la modalità di scelta dei commissari, in caso di nomina da parte della stazione appaltante di componenti interni alla stessa;
 - modalità con cui procedere al sorteggio in caso di nomina di componenti esterni ai sensi dell'art. 77 del d.lgs. 50/2016;
- calendario delle sedute di gara.

- ↳ Nella fase di aggiudicazione e stipula del contratto è opportuno che sia effettuato il monitoraggio del tempo intercorrente tra l'aggiudicazione e la data di stipula del contratto.
- ↳ Nella fase di esecuzione del contratto le stazioni appaltanti pubblicano le seguenti informazioni: - provvedimenti di adozione di varianti, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, con riferimento a quelle per il cui valore vi è altresì obbligo di comunicazione all'ANAC;
- - eventuali variazioni contrattuali rispetto alle indicazioni fornite dalle centrali di committenza con obbligo di segnalazione a queste ultime.
- **Misure di controllo**
- **Appalti di importo inferiore alla soglia di € 40.000**
- È opportuno che sia organizzato un adeguato sistema di controllo su questo tipo di affidamenti strutturando flussi

3. Misure di controllo

· Appalti di importo inferiore alla soglia di € 40.000

- È opportuno che sia organizzato un adeguato sistema di controllo su questo tipo di affidamenti strutturando flussi informativi tra il RUP, il RPC e il collegio dei revisori aziendali, al fine di consentire di verificare, nel caso in cui l'appaltatore individuato risulti già affidatario del precedente appalto, se la scelta sia sorretta da idonea motivazione. **Il RPC può richiedere ai RUP dati e informazioni, anche aggregate, sulle scelte e le relative motivazioni nonché su eventuali scostamenti tra l'importo del contratto e l'importo corrisposto all'appaltatore, illustrandone la motivazione; nel caso in cui sia rilevata la violazione dell'art. 35 del Codice dei contratti pubblici – in ordine al calcolo dell'importo dell'appalto, che deve comprendere i costi aggiuntivi connessi all'utilizzo o alla manutenzione dei beni – il RPC provvede a segnalare il fatto agli organi di vertice e ad altri organi competenti.**

· Acquisti autonomi e proroghe contrattuali

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

Negli ultimi anni il processo di approvvigionamento, soprattutto in ambito sanitario, ha vissuto una profonda trasformazione. La costituzione di centrali di committenza a livello nazionale e l'avvio dei lavori dei soggetti aggregatori di cui all'art. 9 del d.l. 66/2014, nonché le previsioni di cui all'art. 37 del d.lgs. 50/2016 in ordine alle varie forme di aggregazione e centralizzazione delle committenze, (di seguito, indicati tutti come "centrali di committenza"), stanno sempre più plasmando la geografia e la struttura della domanda pubblica. Di conseguenza il ruolo delle singole stazioni appaltanti muta, poiché il venir meno delle fasi di progettazione, selezione del contraente e aggiudicazione richiede una maggiore attenzione alla programmazione e

alla esecuzione dei contratti. I profili di rischio collegati si arricchiscono di aspetti peculiari e tipici che richiedono l'adozione di misure specifiche da aggiungere a quelle del processo più generale.

L'AGENAS fornirà il necessario supporto per l'analisi e la corretta trattazione dei rischi Processi e procedimenti rilevanti

→ Nella fase di programmazione possono rilevare le seguenti attività:

- formulazione ed invio della programmazione e dei relativi aggiornamenti nei tempi previsti dalla centrale di committenza;
- definizione delle competenze per l'approvazione del fabbisogno e definizione dei livelli organizzativi (referenze qualificate);
- verifica della pertinenza dei fabbisogni con strumenti già disponibili o programmato; formulazione del fabbisogno secondo codifiche proprie delle centrali

di committenza anche mediante l'utilizzo di modelli e vocabolari comuni;

- pubblicazione della programmazione e monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori della centrale.

→ Nella fase di adesione possono rilevare le seguenti attività:

- analisi ed esame del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle centrali (accordi quadro, convenzioni, SDA, ecc.) e compatibilità con i fabbisogni espressi o non programmati;

- definizione dell'oggetto degli atti di adesione (codifica dei fabbisogni non programmati e comparazione quali-quantitativa con i prodotti/servizi messi a disposizione dalle centrali);

- formalizzazione delle adesioni (appalto specifico, ordini contratto, ecc.) secondo le regole degli strumenti posti in essere dalla centrale.

→ Nella fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti rilevano gli aspetti legati alla interpretazione delle condizioni contrattuali, alla contrattualizzazione/ordinazione delle prestazioni, alle comunicazioni con la centrale di committenza e alle comunicazioni alla centrale sulle verifiche (di processo, di *outcome*, ecc.) che la stessa pone in essere.

·Possibili eventi rischiosi

- — Per la fase di formulazione e comunicazione dei fabbisogni possono rilevare il mancato rispetto dei tempi di invio della programmazione e dei relativi aggiornamenti e la mancata o non chiara definizione delle competenze per l'approvazione del fabbisogno e la definizione dei livelli organizzativi (referenze qualificate). Ciò può comportare la parziale comunicazione con la centrale, generando una progettazione e un'aggiudicazione non allineata con i reali fabbisogni oppure l'aggiudicazione di prodotti che non corrispondono alle esigenze e che non verranno poi acquisiti; l'elusione degli obblighi di adesione causata dall'assenza di strumenti e procedure di verifica della pertinenza dei fabbisogni con strumenti già disponibili o programmati; il mancato rispetto o utilizzo dei vocabolari o delle codifiche previste dalla centrale porta alla formulazione di un fabbisogno non chiaro che può inficiare la corretta progettazione della gara da parte delle centrali; l'effettuazione di acquisizioni autonome in presenza di strumenti messi a disposizione dalla centrale, causato dal mancato monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori della centrale stessa.

- inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità e delle risoluzioni alla centrale di committenza che inficiano, da un lato, la corretta gestione degli accordi e delle convenzioni da parte della centrale e, dall'altra, possono essere utilizzati al solo scopo di giustificare acquisizioni autonome sovrapponibili; l'effettuazione di acquisizioni di prestazioni complementari che modifichino sostanzialmente il profilo qualitativo dei prodotti / servizi aggiudicati dalle centrali.

Anomalie significative

- → Per la fase di formulazione ed comunicazione dei fabbisogni possono costituire elementi rilevatori di rischio: il mancato rispetto dei tempi di invio della programmazione e dei relativi aggiornamenti; l'invio delle comunicazioni/informazioni da parte di soggetti non titolati; la pubblicazione/effettuazione di gare con oggetti sovrapponibili a quelli delle centrali di committenza; la presenza di proroghe contrattuali per beni e servizi oggetto di strumenti attivi delle centrali; presenza di solleciti da parte delle centrali di acquisto.

· → Nella fase di adesione, esecuzione e rendicontazione possono segnalare la presenza di rischi la stipula di contratti autonomi/affidamenti sotto soglia nelle categorie riservate ai soggetti aggregatori; l'approvazione di variazioni qualitative e quantitative che non dimostrino il rispetto dei limiti consentiti dagli strumenti delle centrali; la contrattualizzazione/il pagamento di prestazioni in variazione non motivati (nella determina o nei certificati di pagamento) con riferimento alle opzioni consentite; l'assenza di rendicontazioni circa le comunicazioni delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità e delle risoluzioni alla centrale di committenza; il superamento delle soglie di spesa annua per le categorie merceologiche riservate ai soggetti aggregatori e stabilito dal d.p.c.m. di cui all'art. 9, co. 3 del d.l. 66/2013.

· Indicatori

· → Per la fase di formulazione e comunicazione dei fabbisogni e di adesione possono considerarsi indicatori significativi il rapporto tra il numero degli affidamenti in adesione ed il numero totale dei contratti; gli importi affidati in adesione sul totale degli affidamenti; il numero di affidamenti in autonomia nelle categorie merceologiche riservate ai

•Possibili misure

•In fase di programmazione:

- - obbligo di evidenziare, nella programmazione annuale, il ricorso agli strumenti delle centrali di committenza nonché di prevedere una sezione separata per le categorie riservate ai soggetti aggregatori;
- - adozione e pubblicazione di procedure interne di segregazione di responsabilità e compiti per le fasi di manifestazione, elaborazione, analisi e validazione del fabbisogno ed identificazione dei soggetti titolati a trasmettere i fabbisogni alle centrali;
- - previsione di una fase di aggiornamento della programmazione in corso di anno;
- - previsioni di audit interni circa il rispetto dei tempi e delle codifiche di prodotti e servizi rilevati dalle centrali di committenza;
- - obbligo di motivare sul piano tecnico e gestionale, anche mediante valutazioni di appropriatezza d'uso, la formulazione di bisogni che fuoriescano dagli standard comunicati alla centrale di committenza in corso di programmazione.

·In fase di adesione:

- - previsione di istanze di controllo interno (o di validazione tecnica) in caso di acquisizione di beni e servizi in quantità diverse da quelle programmate e comunicate; - adozione di modelli di contratto di adesione ad accordi quadro, convenzioni che standardizzino i processi di adesione anche mediante l'utilizzo di *check list* dei contenuti e dei passaggi obbligatori;
- - previsione generalizzata di documentare l'esame degli strumenti delle centrali;
- - comunicazioni alle centrali di acquisto delle adesioni parziali o in quantità diverse da quelle programmate, accompagnate da eventuali relazioni circa la non compatibilità/sovrapposibilità con i fabbisogni espressi o emersi in seguito alla relativa comunicazione, nonché con le esigenze di appropriatezza d'uso sopravvenute;
- - attivazione di audit interni in caso di segnalazioni, osservazioni o richiami da parte delle centrali di committenza a causa di mancate o parziali adesioni che richiedano necessarie acquisizioni complementari, nonché in caso di mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione o di attivazione

· (mancato rispetto dei limiti minimi di ordinazione; dichiarazione di inadeguatezza dei tempi di consegna o realizzazione della prestazione, ecc.). In fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti:

· - pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia, a prescindere dagli importi;

· - necessità di motivazione in ordine alle esigenze sia tecniche che cliniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità;

· - pubblicazione delle acquisizioni in adesione che contengano delle variazioni rispetto ai profili qualitativi e quantitativi di beni e servizi oggetto delle convenzioni (oltre i limiti opzionali già previsti nei medesimi strumenti);

· - previsione di una valutazione di *outcome* (oltre che di conformità, su maggiori vantaggi ottenuti) in caso di acquisizioni autonome o di variazione rispetto agli standard previsti negli strumenti delle centrali;

· - pubblicazione dei certificati di conformità/parziale conformità/mancata conformità che tengano conto anche delle penalità delle sospensioni, delle verifiche e delle risoluzioni parziali, ecc.;

· - trasmissione di report periodici alle centrali contenente le citate informazioni.

· **5. Rilevazione delle performance gestionali delle aziende sanitarie e degli enti del SSN in tema di acquisti: strumento operativo**

· Al fine di introdurre un sistema di monitoraggio periodico da parte delle regioni sulle performance gestionali delle aziende sanitarie e degli enti del SSN in tema di acquisti, le regioni dovrebbero dotarsi di uno strumento operativo di rilevazione dei dati finalizzato ad implementare una banca dati utile, anche per le centrali di committenza, per la definizione del piano triennale dei fabbisogni e il piano annuale degli acquisti, nonché per le attività di pianificazione e controllo.

· L'AGENAS fornirà il necessario supporto alle regioni e province autonome attraverso materiale pubblicato sul proprio sito istituzionale.

·**Nomine**

Premessa

- L'ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generali" di cui alla Determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n. 12.
- Nel settore sanitario il "rischio" connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all'uso distorto della discrezionalità, assume ulteriore rilievo anche per gli aspetti inerenti la qualità delle cure. Una delle principali componenti della qualità, infatti, risiede proprio nella capacità, competenza ed esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia del servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, soprattutto, al livello di responsabilità che l'incarico comporta.
- Il conferimento degli incarichi è una delle dirette prerogative del Direttore generale delle aziende sanitarie in cui si misura in maniera più evidente la capacità e l'integrità manageriale e l'adeguatezza degli strumenti dallo stesso utilizzati al fine di assicurare la corretta programmazione, pianificazione e valutazione del valore delle risorse

- umane e professionali e, conseguentemente, dell'organizzazione dei servizi.
- Per tale ragione prioritaria, il presente approfondimento si occupa, estendendo le previsioni già contenute nella citata determinazione dell'Autorità, degli incarichi relativi alla dirigenza medica e sanitaria. Ciò allo scopo di fornire alle aziende sanitarie indicazioni e suggerimenti su possibili misure di prevenzione del rischio - nell'accezione sopra richiamata -, da porre in essere tuttavia anche per i procedimenti di attribuzione di incarichi riferiti alla dirigenza non sanitaria, per quanto applicabili ai sensi delle disposizioni normative e regolamentari e delle specifiche discipline contrattuali vigenti.
- Vale, infatti, a prescindere dal ruolo, dalla qualifica e dal settore di riferimento, il principio per il quale ogni azienda deve dare evidenza dei processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico, al.

· fine di garantire la tutela ed il perseguimento del pubblico interesse.

·1. **Dirigenza medica e sanitaria**

·I CCNL della dirigenza del SSN prevedono le seguenti tipologie di incarichi:

- a. incarico di direzione di struttura complessa. Tra essi sono ricompresi l'incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- b. incarico di direzione di struttura semplice;
- c. incarichi di natura professionale anche di alta
- d. specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- e. incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività

- Tali tipologie di incarichi costituiscono gli elementi di base offerti dalla disciplina contrattuale su cui costruire percorsi di sviluppo delle carriere dirigenziali, secondo le strategie organizzative proprie di ogni azienda nel quadro della normativa vigente e della programmazione regionale in tema di politiche del personale.

- L'approfondimento svolto è rivolto, nello specifico, alle tipologie di incarichi di cui ai punti a), b) e

- c) della elencazione, essendo interessate da un maggior grado di competitività e, per tale ragione, è necessario che venga data piena evidenza delle relative procedure di conferimento, al fine di garantirne la trasparenza, la correttezza e le motivazioni ad esse sottese.

- 1.1 Incarichi di direzione di struttura complessa

- Degli incarichi di direzione di struttura complessa si è già trattato in via generale nella Determinazione ANAC n. 12/2015 “Approfondimenti II- sezione sanità” par. 2.1.2 «*Incarichi e nomine*». In questa sede si affrontano in

- dettaglio le singole tipologie di incarichi afferenti alle varie fattispecie di struttura complessa e alle relative procedure di conferimento.

- *1.1.1 Direttore di dipartimento*

- La natura di tale incarico è di tipo prevalentemente organizzativo - gestionale con implicazioni anche con il settore degli acquisti, è infatti in capo al direttore del Dipartimento, sia esso ospedaliero o territoriale, la responsabilità anche in ordine alla corretta e razionale programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. La relativa procedura di conferimento dell'incarico prevede la scelta, da parte del Direttore generale, fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento stesso. In questo contesto, eventuali rischi possono configurarsi nell'uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta. Per evitare e contrastare tali rischi e al fine di garantire comunque il prevalere dei profili di merito nell'attribuzione del suddetto incarico, le aziende sanitarie

· dovranno orientare le opportune misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, avuto riguardo delle seguenti indicazioni:

- a. esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- b. predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, co. 3, del d.lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di dipartimento alla individuazione dei direttori di dipartimento;
- c. esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale, al fine di delineare il perimetro di valutazione rispetto anche al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento che la struttura si pone;
- d. pubblicazione degli atti del procedimento con evidenziazione di quanto previsto ai punti a) e b).

· *1.1.2 Direttore di distretto sanitario o di presidio ospedaliero*

- La procedura di conferimento di tale incarico, ai sensi dell'art. 3 *sexies* del d.lgs. 502/1992, presenta un maggior livello di competitività, essendo più ampia la platea dei potenziali aspiranti in ragione dell'esperienza maturata nei servizi territoriali e dell'adeguata formazione nella loro organizzazione. In questo ambito, fatte salve le eventuali specifiche discipline regionali, è opportuno, per le medesime ragioni enucleate con riferimento agli incarichi di cui al paragrafo precedente, che le aziende – ove la regione non regoli la materia – adottino tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a garantire i principi di imparzialità e parità di trattamento, attraverso apposite procedure selettive improntate a tali principi e, più in generale, al principio di buona amministrazione. Sarebbe auspicabile al riguardo, mutuare buone prassi già adottate da altre regioni/aziende sanitarie confluite, in parte, nelle indicazioni che seguono e che per tale ambito si richiamano, quali misure di prevenzione, ove non previste come obblighi da eventuali norme/discipline regionali:

- a. avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano esplicitati i requisiti previsti dalla normativa vigente nazionale ed eventualmente regionale;
- b. costituzione della commissione selezionatrice;
- c. predeterminazione dei criteri di selezione;
- d. esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai rispettivi punti a) e c);
- e. pubblicazione degli atti del procedimento .

Le strutture semplici rappresentano, nell'assetto dell'azienda sanitaria, l'articolazione organizzativa di base di cui si compone la struttura complessa. Gli indirizzi di programmazione e gli standard di riferimento recati dalla normativa nazionale e dai relativi regolamenti attuativi, pongono chiari limiti all'istituzione e/o mantenimento di unità operative complesse e, conseguentemente, anche le unità operative semplici devono riparametrarsi in relazione alle prime sulla base di un rapporto predeterminato. Ne deriva, quindi, un presupposto vincolo di programmazione riferito alla circostanza che dette strutture devono essere predeterminate negli strumenti di programmazione regionale e aziendali, in numero (nel rispetto del rapporto posto come riferimento) e tipologia (nel rispetto degli standard per l'assistenza ospedaliera e territoriale).

Pertanto, sebbene la preposizione a tali strutture rientri tra gli incarichi da conferirsi, ai sensi dell'art. 15, co. 7 quater, d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ai dirigenti che abbiano maturato un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico, la competitività è relativa – in questo ambito – sia al numero definito delle posizioni oggetto di conferimento dell'incarico, sia al potenziale numero di aspiranti che possiedono i previsti requisiti soggettivi.

Questa tipologia di incarico presenta procedure di conferimento che, rispetto ai casi già trattati nei precedenti paragrafi, risultano meno disciplinate da criteri generali e da atti di indirizzo nazionale, se

- **1.2 Incarichi di direzione di struttura semplice**

- o dell'azienda sanitaria, l'articolazione organizzativa di base di cui si compone la struttura complessa. Gli indirizzi di programmazione e gli standard di riferimento recati dalla normativa nazionale e dai relativi regolamenti attuativi, pongono chiari limiti all'istituzione e/o mantenimento di unità operative complesse e, conseguentemente, anche le unità operative semplici devono riparametrarsi in relazione alle prime sulla base di un rapporto predeterminato. Ne deriva, quindi, un presupposto vincolo di programmazione riferito alla circostanza che dette strutture devono essere predeterminate negli strumenti di programmazione regionale e aziendali, in numero (nel rispetto del rapporto posto come riferimento) e tipologia (nel rispetto degli standard per

- l'assistenza ospedaliera e territoriale).
- Pertanto, sebbene la preposizione a tali strutture rientri tra gli incarichi da conferirsi, ai sensi dell'art. 15, co. 7 quater, d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ai dirigenti che abbiano maturato un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico, la competitività è relativa – in questo ambito – sia al numero definito delle posizioni oggetto di conferimento dell'incarico, sia al potenziale numero di aspiranti che possiedono i previsti requisiti soggettivi.
- Questa tipologia di incarico presenta procedure di conferimento che, rispetto ai casi già trattati nei precedenti paragrafi, risultano meno disciplinate da criteri generali e da atti di indirizzo nazionale, se non quelli derivanti dalla disciplina del Contratto collettivo nazionale (CCNL), sicché è più frequente riscontrare in questo ambito una certa variabilità di prassi

regionali e/o aziendali sia nelle procedure di conferimento che nella durata degli incarichi (nei limiti del *range* stabilito da tre a cinque anni). Come indicato per gli incarichi di cui al paragrafo 1.1.2, anche per questa fattispecie - ove la regione non regoli la materia – è opportuno che le aziende sanitarie adottino tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a rafforzare la trasparenza delle relative procedure di conferimento, avuto riguardo delle buone prassi già adottate da alcune aziende e delle seguenti indicazioni che, in parte, le ripropongono

- a. verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- b. pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico (è auspicabile che le funzioni delle UOS vengano qualificate nell'ambito di atti di organizzazione in modo tale che i requisiti degli aspiranti di cui al punto successivo trovino nei citati atti la loro motivazione);
- c. avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- d. costituzione della commissione selezionatrice;
- e. predeterminazione dei criteri di selezione;
- f. pubblicazione della rosa degli idonei;

∴

- a. esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai rispettivi punti a) e c); esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo massimo previsto (la durata degli incarichi dovrebbe essere definita non volta per volta ma in modo "standard" oppure la stessa dovrebbe essere esplicitamente collegata a provvedimenti di programmazione);
- b. pubblicazione degli atti del procedimento.

Per tutti i casi in cui si avvii una procedura selettiva a evidenza pubblica, con la costituzione della commissione, oltre alle misure di cui ai punti precedenti, è necessario sottoporre i componenti delle commissioni a processi di rotazione nonché alla sottoscrizione, da parte degli stessi, delle dichiarazioni di insussistenza o di eventuale sussistenza di incompatibilità o conflitto di interesse. Sarebbe auspicabile prevedere, nella composizione della commissione di selezione, almeno un componente esterno. Nel caso, inoltre, di avviso pubblico in cui non si proceda alla costituzione della commissione, è opportuno fornire indicazioni per la

all'articolo 33 del CCNL 8.6.2000, come sostituito dall'articolo 28 del CCNL 3.11.2005.

Occorre pertanto che le aziende sanitarie osservino il massimo livello di trasparenza per l'affidamento o revoca degli incarichi dirigenziali di cui trattasi, attraverso la pubblicazione dell'atto di conferimento sul sito dell'azienda, comprendendo l'ambito del programma che si intende realizzare, l'oggetto dell'incarico e i criteri di scelta.

2. Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria

L'istituto delle sostituzioni rappresenta un ambito particolarmente vulnerabile al rischio di eventi corruttivi legati alla possibile messa in atto di condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione. Possibili rischi sono, ad esempio, **ritardo o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione oppure, a sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico**, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi (a vantaggio, in quest'ultimo caso, del sostituto la cui retribuzione viene equiparata al direttore di struttura complessa). Per quanto i casi in cui fare ricorso alle sostituzioni siano puntualmente disciplinati dal CCNL, per contrastare i connessi rischi, la misura di

- relative procedure avuto riguardo delle seguenti indicazioni:
 - a. pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno;
 - b. esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla sostituzione.

·3. Altre tipologie di incarichi

·3.1 Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 *septies* del d.lgs. 502/1992

· La tipologia di incarichi di cui al presente paragrafo rappresenta, tra le fattispecie descritte, quella che verosimilmente più si caratterizza per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico. A ciò si aggiunga che si tratta di incarico a tempo determinato attribuito al di fuori delle procedure ordinarie di reclutamento del personale, seppure nei limiti previsti dalla normativa vigente e nel rispetto dei vincoli dei tetti di spesa. A tale fattispecie si è fatto un progressivo diffuso ricorso negli ultimi anni da parte delle aziende sanitarie, con particolare riferimento a quelle afferenti alle regioni sottoposte ai c.d. piani di rientro. In tali regioni, infatti,

- la perdurante applicazione della manovra del blocco totale o parziale del *turn over* ha determinato, invero, un incremento del ricorso a tali procedure di reclutamento delle professionalità necessarie/carenti, con l'effetto paradossale di eludere la manovra del blocco delle assunzioni e di conferire carattere di instabilità all'organizzazione specie per taluni ruoli apicali oggetto di conferimento ai sensi dell'art. 15 *septies* del d.lgs. 502/1992.
- Tuttavia, a fronte del prevalente interesse pubblico del pieno assolvimento dei livelli essenziali di assistenza, sotteso al ricorso a incarichi afferenti a tale tipologia, riconosciuto anche dalla magistratura contabile in sede di controllo, non è da escludersi la possibilità di un uso opportunistico e distorto di tale previsione normativa, anche in considerazione del prevalere della natura fiduciaria dell'incarico.

- Al fine quindi di supportare le organizzazioni sanitarie nell'individuazione di possibili rischi e relative misure di prevenzione, si forniscono anche per questo ambito raccomandazioni volte a massimizzare i livelli di trasparenza delle relative procedure attraverso anche un processo selettivo che dia conto dei criteri e delle scelte operate.

·3.2 Personale proveniente dagli ospedali classificati

- Il personale dirigente proveniente dagli ospedali classificati rientra nei casi disciplinati dall'art. 15 *undecies* del d.lgs. 502/1992; quest'ultimo costituisce un ambito limitato con accesso diversificato per i dipendenti di strutture private classificate o ospedali classificati che abbiano, a loro volta, acceduto alla struttura classificata o equiparata o con percorso di natura concorsuale oppure con chiamata diretta e che siano successivamente transitati alla struttura pubblica. La normativa vigente e gli orientamenti del Ministero della salute consolidatisi al riguardo, prevedono, con riferimento ai casi disciplinati dall'art. 15 *undecies* del d.lgs. 502/1992, relativi al personale proveniente dagli ospedali classificati, la possibilità per lo stesso di vedere riconosciute le medesime prerogative dei medici delle strutture pubbliche, quali l'anzianità di servizio o il riconoscimento dei titoli. Ne deriva quindi l'esigenza, dettata da ragioni di coerenza, rispetto agli

- accennati orientamenti, dell'estensione delle misure indicate nel presente approfondimento con riferimento al personale delle aziende sanitarie pubbliche, anche alle procedure di reclutamento del personale all'interno di questi Enti.

·Rotazione del personale

Premessa

- Nel presente approfondimento si intendono fornire, alle aziende sanitarie e agli altri enti assimilati del SSN, indicazioni generali di tipo organizzativo e di pianificazione strategica, che inducano un percorso virtuoso finalizzato a rendere praticabile la rotazione degli incarichi nell'organizzazione sanitaria attraverso un'adeguata programmazione nei tempi e nelle modalità, secondo criteri che non vadano a detrimento del principio di continuità dell'azione amministrativa.
- Il ricorso alla rotazione può concorrere, come anche indicato nella parte generale del PNA, insieme alle altre misure di prevenzione, a prevenire e ridurre, evitando il determinarsi di possibili fattori di condizionamento, eventuali eventi corruttivi con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio. Per le considerazioni di cui sopra, la rotazione va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo

- ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.
- **1. Criticità ed elementi di valutazione**
- In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.
- Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.
- Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.
- Anche per quanto attiene il personale dirigenziale, la rotazione dei

- responsabili dei settori più esposti al rischio di corruzione presenta delle criticità particolari. I dirigenti, infatti, per il tipo di poteri che esercitano e per il fatto di costituire un riferimento per il personale dipendente, sono le figure la cui funzione e azione – ove abusata – può provocare danni consistenti. Si tratta quindi di figure che dovrebbero essere maggiormente soggette a ruotare.

Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, per mettere in atto questa misura occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili (ad esempio quelli relativi a posizioni di governo delle risorse come acquisti, rapporti con il privato accreditato, convenzioni/autorizzazioni, ecc.), a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

- Le aziende sanitarie dovranno porre in essere le condizioni per reperire più professionalità in grado, di volta in volta, di sostituire quelle in atto incaricate, mediante un processo di pianificazione della rotazione e di una

sua graduazione in funzione dei diversi gradi di responsabilità e di accompagnamento attraverso la costruzione di competenze. Presupposto necessario per affrontare questo processo è la ricognizione della geografia organizzativa delle aziende sanitarie, anche con specifico riferimento ai funzionigrammi relativi alle aree da sottoporre a rotazione, in modo da contemperare la concreta efficacia della misura di prevenzione con le esigenze funzionali e organizzative dell'azienda sanitaria, anche in relazione alla necessità di avvalersi, per taluni settori, di professionalità specialistiche.

Esistono, tuttavia, diversi aspetti da considerare a seconda che si tratti di personale di area clinica, tecnica e amministrativa e delle altre professioni sanitarie.

1.1 Area clinica

Il personale medico è tutto inquadrato nel ruolo dirigente. Le posizioni di maggiore interesse potrebbero essere quelle relative alla direzione di unità operative complesse (di seguito UOC), a valenza dipartimentale (di seguito UOD) e dipartimenti. A parte alcune eccezioni (che dovrebbero ridursi in misura rilevante con l'applicazione del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera») le posizioni apicali di Direttore di UOC, le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali, sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili.

- Le posizioni di Capo dipartimento (funzioni prevalentemente gestionali) sono anch'esse assegnate per concorso, seppure la scelta avvenga all'interno di una rosa di idonei: poiché sotto il profilo del requisito soggettivo l'incarico di Capo dipartimento deve essere conferito ad un Dirigente di UOC tra quelli afferenti al dipartimento, è possibile ritenere che tutti i dirigenti di quel dipartimento siano potenzialmente suscettibili di ricoprire a rotazione l'incarico. Altra ipotesi potrebbe essere quella di una rotazione a livello dei dipartimenti di uno stesso territorio, ad esempio provinciale.
- Nell'ambito delle ASL, i Direttori di distretto e i Direttori medici di presidio, nel caso ci siano più presidi, svolgendo funzioni prevalentemente gestionali e meno clinico-assistenziali, potrebbero essere potenzialmente assoggettabili al processo di rotazione. Altresì, potrebbe avvenire per i primari di UOC con funzioni analoghe collocate nella rete di presidi ospedalieri dell'ASL (i problemi in questo caso sono legati alla definizione dei bandi di concorso e alla eventuale contestualità di decadenza dei diversi professionisti).
- Per le altre figure, rimane valido quanto detto in premessa ovvero la necessità di creare le condizioni di *expertise* per la fungibilità o, in caso contrario, supportare la difficoltà a operare la rotazione con adeguate motivazioni.

·1.2 Area tecnica e amministrativa

· Per il personale di area tecnica e di area amministrativa non esiste una specificità di profilo per ricoprire un incarico apicale, come nel caso dei clinici; tuttavia è fondamentale non perdere una specificità di competenza che deriva dalla formazione e dall'esperienza. La necessità che le aziende sanitarie realizzino in questo ambito le condizioni per la fungibilità attraverso gli accennati processi di pianificazione e di qualificazione professionale per figure, ad esempio, come il capo del personale, il provveditore, il capo dell'ufficio legale comunque denominato muove anche dalla considerazione che, in caso contrario, ovvero una rotazione effettuata in assenza dei presupposti pianificatori ed organizzativi, potrebbe determinare che i dirigenti che non hanno ancora maturato le competenze e l'esperienza diventino eccessivamente dipendenti dall'esperienza consolidata in capo a funzionari esperti. In questi casi, sarebbe opportuno pensare a una rotazione su base territoriale, tra funzioni analoghe, e non solo aziendale.

· Un'ipotesi alternativa alla rotazione nei casi di competenze infungibili, potrebbe consistere nella c.d. **“segregazione di funzioni”**. Tale misura, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli

(ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti), l'applicazione di questo principio risulterebbe efficace per incoraggiare il controllo reciproco.

Nei casi di processi decisionali brevi, come, ad esempio, quelli relativi ad attività ispettive, incarichi legali, incarichi all'interno di commissioni di selezione ecc., si ritengono applicabili misure di rotazione da attuarsi anche all'interno di albi opportunamente istituiti.

1.3 Altre professioni sanitarie

Per alcune professioni sanitarie, come ad esempio i farmacisti e le professioni infermieristiche con funzioni di responsabilità e di coordinamento, il cui ruolo è strategico all'interno dell'organizzazione in quanto a gestione di risorse, costituendo gli stessi un anello determinante nella catena del processo decisionale (relativo ad esempio all'introduzione di farmaci e di dispositivi medici nella pratica clinica ed assistenziale), l'applicazione del principio della rotazione si rivela opportuno e presenta margini di possibile applicazione.

- In questo importante ambito professionale, infatti, la maturazione di *expertise* per settori specifici se da un lato può richiedere un periodo di tempo necessario per l'acquisizione della piena autonomia nell'esercizio della funzione, per altro verso, il meccanismo della rotazione, attuato attraverso gli adeguati strumenti di pianificazione e di graduazione delle competenze in proporzione ai livelli di responsabilità attribuiti, come ad esempio la previsione di periodi di affiancamento e di formazione specialistica per settore, consente di valorizzare il capitale professionale disponibile anche ai fini della valutazione delle performance individuali e dell'intera organizzazione.

·2. Indicazioni generali e ulteriori

- Pur nel rispetto del principio di autonomia/responsabilità che caratterizza il sistema aziendale e i suoi sottosistemi, il principio della rotazione deve comunque essere un obiettivo effettivo, documentabile e pertanto verificabile. La rotazione va quindi vista come una condizione prospettica da costruire attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati verso questa direzione (es. pianificazione pluriennale delle esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità) e collegati ai sistemi di gestione interni all'azienda sanitaria attraverso, a titolo indicativo

· ma non esaustivo:

· - valutazione delle performance;

· - analisi dei potenziali delle risorse umane ovvero del “capitale professionale effettivo” e non quello legato alla rigida attribuzione delle funzioni.

· La rotazione degli incarichi dovrebbe riguardare anche il personale non dirigenziale, specie se preposto ad attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione.

· È opportuno definire, in ogni caso, gli ambiti di intervento delle misure di rotazione ed individuare i settori che possono essere “delocalizzati” rispetto all’azienda e con quali caratteristiche, avendo a riferimento anche gli obiettivi delle unità operative. In questo senso, altri strumenti per applicare il principio della rotazione possono ricercarsi, da parte del management delle aziende sanitarie, nella previsione di modelli organizzativi anche di tipo interdipartimentale e/o nella ottimizzazione dell’impiego dei professionisti resi disponibili per effetto, ad esempio, di processi di accorpamento in attuazione del d.m. 70/2015 o anche nella definizione di accordi interaziendali.

· È necessario, in ogni caso, definire sistemi di monitoraggio strutturati ed espliciti per evitare il verificarsi del rischio di

comportamenti corruttivi, avendo cura di prevedere il collegamento con il sistema di valutazione della performance, attraverso l'indicazione di obiettivi volti anche allo sviluppo di competenze trasversali. È importante che le aziende e gli altri enti del SSN ripensino quindi ai propri modelli organizzativi per il governo del sistema anche a livello interaziendale e/o di bacino, specie per alcune aree come, ad esempio, ingegneria clinica, informatica con rotazione delle responsabilità affidate ai dirigenti aziendali, secondo logiche di sviluppo orizzontali di tipo dipartimentale e interdipartimentale, anche identificando livelli di responsabilità intermedi e superando il concetto di rigida attribuzione delle funzioni.

· **Rapporti con i soggetti**

erogatori Premessa

- L'ambito dei rapporti tra le regioni/aziende sanitarie con gli erogatori privati di attività sanitarie si configura, nel servizio sanitario, tra **le aree di "rischio specifiche" di cui alla Determinazione ANAC n. 12/2015.**
- Nella citata Determinazione la "specificità" del rischio in questo settore veniva strettamente connessa alla fase contrattuale con i privati accreditati che erogano prestazioni per conto del SSN.
- Nel presente approfondimento, il PNA intende richiamare l'attenzione delle regioni e delle aziende sanitarie su tutte le singole fasi del processo che conduce dall'autorizzazione all'accreditamento istituzionale, a partire dall'autorizzazione all'esercizio fino alla stipula dei contratti. Si forniscono al riguardo possibili ulteriori misure organizzative da introdurre per prevenire fattori distorsivi e/o condotte devianti rispetto al perseguimento dell'interesse pubblico generale, favorite anche dalla carente o assente trasparenza delle procedure autorizzative e/o dalla mancata standardizzazione degli strumenti e dei metodi nella conduzione, ad esempio, delle attività negoziali e/o nell'esecuzione delle attività ispettive.
- A tal fine, per ciascuna fase del procedimento, disciplinato rispettivamente

- dagli artt. 8 *bis*, 8 *ter*, 8 *quater* e 8 *quinqüies* del d.lgs. 502/92 e s.m.i. vengono indicate, in relazione ad eventuali eventi rischiosi, specifiche misure ulteriori che, fatte salve le singole discipline regionali, ove esistenti, sono orientate a privilegiare il massimo livello di trasparenza dei processi e delle procedure sia nella fase di redazione degli atti che in quella della pubblicazione degli stessi.
- Attesa la particolare differenziazione delle discipline e delle prassi regionali/aziendali per le fasi di rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e di accreditamento istituzionale, indicazioni più specifiche vengono proposte con particolare riguardo al tema delle verifiche e dei controlli sui requisiti di autorizzazione e di accreditamento, nonché alla fase di stipula e di esecuzione dei contratti.
- L'esigenza di conferire maggiore omogeneità a questo settore sembra porsi, infatti, con più evidenza proprio nelle attività di contrattazione con gli erogatori privati accreditati; in questo ambito è possibile, sulla base anche delle buone prassi già consolidate e delle risultanze di una rilevazione ad hoc operata dal Ministero della salute, fornire già in questa sede delle prime indicazioni generali e comuni.
- Il presente approfondimento contiene pertanto alcune prime indicazioni su misure operative comuni a regioni ed aziende per

procedimento di cui ai punti successivi, ivi compresa la fase contrattuale.

1. Autorizzazione all'esercizio

In relazione al primo dei momenti in cui si articola il rapporto con i soggetti privati, ovvero quello dell'autorizzazione, elemento di valutazione è senz'altro il dubbio la determinazione del fabbisogno, intesa come strumento di quantificazione orientativa del mercato sanitario scaturente dall'analisi della domanda. Già nella Determinazione n. 12/2015 l'Autorità ha fornito indicazioni in relazione a possibili rischi connessi ai due differenti casi in cui l'atto autorizzativo sia o meno legato all'analisi del fabbisogno.

Nel caso in cui venisse determinato, sulla base del fabbisogno, un tetto massimo di autorizzazioni rilasciabili, occorrerebbe prevenire il rischio di possibili pressioni finalizzate a includere un soggetto nel numero chiuso.

Nel caso in cui l'analisi del fabbisogno avesse invece un rilievo meramente orientativo – soluzione quest'ultima che appare più aderente ai principi comunitari e costituzionali – i rischi si incentrerebbero esclusivamente sul possesso dei requisiti.

Occorre pertanto, in ogni caso, introdurre misure di prevenzione che comprendano in considerazione le seguenti indicazioni finalizzate al rafforzamento della trasparenza e delle azioni di controllo

· **1.1. Rafforzamento della trasparenza**

. Oltre a quanto previsto dalle disposizione e, in particolare, dall'art. 41 del d.lgs. 33/2013, si raccomanda:

- - Pubblicazione della struttura del mercato, ovvero dell'atto di determinazione del fabbisogno, con l'evidenza dei territori saturi e di quelli in cui l'offerta risulti carente;
- - pubblicazione dell'elenco dei soggetti autorizzati;
- - pubblicazione degli esiti delle attività ispettive di cui al successivo punto.

· **1.2. Rafforzamento dei controlli**

- - Azioni volte a presidiare il procedimento autorizzativo, indirizzando ed intensificando i controlli sul possesso dei requisiti autorizzativi nella fase pre-autorizzativa e, successivamente, con controlli anche a campione e senza preavviso, sul mantenimento degli stessi, con frequenza almeno annuale.

A ciò si aggiunga che, in questa fase, il soggetto è autorizzato a esercitare **l'attività sanitaria esclusivamente in regime privatistico e con oneri a carico del cittadino. Ciò non esclude la necessità di controlli anche di qualità a tutela del cittadino stesso e di misure che garantiscano una corretta informazione** come, ad esempio, la pubblicazione dei prezzi delle prestazioni.

2. Accredimento istituzionale

Le indicazioni rese per la fase autorizzativa valgono analogamente per la fase dell'accREDITAMENTO, nella considerazione peraltro che per accedere a questo riconoscimento "di qualità", ampliativo della sfera giuridica del soggetto, è d'obbligo l'accertamento del possesso e del mantenimento di requisiti "ulteriori" stabiliti dalla normativa vigente in tema di accREDITAMENTO istituzionale.

In questa fase, infatti, ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, si aggiungono **requisiti di qualità e di organizzazione propri di un livello di qualità adeguato** a rendere potenzialmente prestazioni anche per conto del SSN, nella cornice definita dal sistema dei livelli essenziali di assistenza, dai relativi parametri e dagli standard di riferimento stabiliti dalla normativa di settore e dai relativi regolamenti attuativi.

Una indicazione preliminare va rivolta in questo approfondimento alle regioni affinché si determinino, in via definitiva, su eventuali situazioni

- riconoscimento di accreditamento c.d. “provvisorio”, causando, tali situazioni, un *vulnus* nella programmazione, a regime, della rete di offerta pubblica e privata in coerenza con il fabbisogno.
- In questa fase, in analogia alle misure di cui ai punti 1.1 e 1.2 di cui al precedente paragrafo, è opportuno che le regioni/aziende sanitarie pongano in essere le azioni di seguito indicate.

·2.1 Rafforzamento della trasparenza

·Oltre a quanto previsto dalle disposizione e, in particolare, dall’art. 41 del d.lgs. 33/2013, si raccomanda:

- - Pubblicazione della struttura del mercato, ovvero dell’atto di determinazione del fabbisogno, con l’evidenza dei territori saturi e di quelli in cui l’offerta risulti carente;
- pubblicazione dell’elenco dei soggetti accreditati;
- pubblicazione degli esiti delle attività ispettive di cui ai successivi punti.

·2.2 Rafforzamento dei controlli

- Definizione (oltre ai controlli ordinari sui requisiti) di un piano di controlli concomitanti da
 - rendere oggetto di misura di prevenzione ulteriore all'interno dei PTCP, ove siano indicati: - il numero minimo dei controlli che, a campione e senza preavviso, si intendono effettuare;
- i criteri di scelta delle strutture da sottoporre a controllo;
- - le modalità di conduzione dei controlli, ad esempio con riferimento alla periodicità (almeno annuale), alla composizione dei team ispettivi etc., avuto riguardo, in quest'ultimo caso, a prevedere team a composizione mista con personale proveniente da aziende diverse da quelle di competenza territoriale cui afferisce il soggetto sottoposto a controllo, anche nella forma di accordi tra aziende sanitarie confinanti. Per la composizione di team ispettivi si richiamano altresì le indicazioni già fornite dall'Autorità in relazione al rispetto dei principi di rotazione e di insussistenza di conflitto di interessi. Inoltre, per consentire alle

- aziende sanitarie di poter disporre di personale sufficiente per l'effettuazione di controlli si suggerisce la sottoscrizione di intese con la Guardia di Finanza o con altre istituzioni, oltre alle collaborazioni tra aziende sanitarie.

2.3 Altre indicazioni

- - Previsione all'interno dei provvedimenti di accreditamento, allo scopo di non ingenerare aspettative ed evitare l'insorgere di contenzioso, di una clausola che specifichi che tale provvedimento non determina automaticamente il diritto del privato ad accedere alla fase contrattuale e che lo stesso provvedimento possa essere soggetto a revisione in relazione al mutarsi delle condizioni che ne hanno originato l'adozione, fatti salvi i casi previsti dalla normativa vigente che integrano le ipotesi di sospensione e/o revoca.

·3. Accordi/Contratti di attività

- La fase di negoziazione, stipula ed esecuzione dei contratti, costituisce l'ambito nel quale si regolano i rapporti con il privato accreditato chiamato ad erogare prestazioni per conto e a carico del SSN.
- Si osserva come i contratti in questione differiscano dalla generalità dei contratti pubblici, presentando tuttavia diversi elementi in comune. È opportuno preliminarmente prevedere che la contrattazione sia strutturata in modo trasparente da parte di tutti i soggetti coinvolti, costituendo, tale attività, la fase determinante del rapporto con i soggetti accreditati.
- In questa fase, infatti, è importante operare i dovuti interventi volti a garantire i livelli di qualità delle prestazioni da rendersi per conto del SSN,

- anche per evitare i rischi di concorrenza sleale legati, ad esempio, ai casi di offerta di prestazioni “private” allo stesso prezzo del ticket, nonché, più in generale, all’erogazione di prestazioni che, a parità di costi, rivelino differenti livelli di qualità.
- Per prevenire tali rischi si richiama la necessità che le aziende sanitarie attuino le misure richiamate ai punti precedenti (come ad esempio, controlli a campione e senza preavviso), anche nella fase di esecuzione dei contratti. Anche sotto questo profilo, laddove, in esito ai controlli, dovessero emergere gravi irregolarità, le aziende dovrebbero promuovere procedimenti di sospensione o revoca del contratto e dell’accreditamento - così come previsto dalla gran parte della legislazione regionale vigente - anche al fine di consentire un eventuale subentro di altri soggetti aventi i requisiti di legge.

- — **Individuare, in tutte le fasi della contrattazione, il livello su cui insiste la discrezionalità della pubblica amministrazione,** al fine di porre le misure più adeguate per la corretta esplicazione dell'attività negoziale. Le misure di prevenzione della corruzione devono invero risultare proporzionate sia al grado di discrezionalità, sia alla dimensione assunta dal privato accreditato in ciascuna regione. A tal riguardo occorre rendere pubblici i criteri di distribuzione delle risorse, nel caso in cui questi ultimi siano definiti a livello aziendale.
- In considerazione della **rilevanza essenzialmente pubblicistica dell'attività svolta dal privato accreditato contrattualizzato con il SSN,** si raccomandano inoltre le seguenti misure sia in tema di personale che di acquisti, trattandosi di due ambiti che incidono sui requisiti di accreditamento e quindi sulla qualità dei servizi.
- In particolare per quanto attiene il personale:

→ prevedere, nei modelli contrattuali definiti a livello regionale, una clausola che impegni il privato accreditato a rispettare e mantenere i requisiti organizzativi nel rispetto della dotazione organica **3.1**

Misure specifiche per la fase contrattuale

→ Prevedere meccanismi non automatici di rinnovo del contratto ma legati alle verifiche delle performance, anche in termini di risultati e di qualità del servizio offerto, prevedendo anche, in sede di stipula del contratto, che il soggetto si impegni a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto.

- Individuare, in tutte le fasi della contrattazione, il livello su cui insiste la discrezionalità della pubblica amministrazione, al fine di porre le misure più adeguate per la corretta esplicazione dell'attività negoziale. Le misure di prevenzione della corruzione devono invero risultare proporzionate sia al grado di discrezionalità, sia alla dimensione assunta dal privato accreditato in ciascuna regione. A tal riguardo occorre rendere pubblici i criteri di distribuzione delle risorse, nel caso in cui questi ultimi siano definiti a livello aziendale.

In considerazione della rilevanza essenzialmente pubblicitaria dell'attività svolta dal privato accreditato contrattualizzato con il SSN, si raccomandano inoltre le seguenti misure sia in tema di personale che di acquisti, trattandosi di due ambiti che incidono sui requisiti di accreditamento e quindi sulla qualità dei servizi.

In particolare per quanto attiene il personale:

→ prevedere, nei modelli contrattuali definiti a livello regionale, una clausola che impegni il privato accreditato a rispettare e mantenere i requisiti organizzativi nel rispetto della dotazione organica

·quali-quantitativa prevista per la tipologia di attività sanitaria oggetto di accreditamento e di contrattualizzazione.

·Per quanto attiene **gli acquisti**:

· → prevedere, nei modelli contrattuali definiti a livello regionale, l'impegno del soggetto privato accreditato e contrattualizzato ad assicurare livelli di qualità delle tecnologie e dei presidi sanitari che garantiscano i parametri di qualità, efficienza e sicurezza delle attività sanitarie.

· Al fine di conferire maggiore cogenza agli obblighi in questione, le aziende valuteranno l'opportunità di inserire nei contratti con i privati accreditati la clausola di salvaguardia per cui, la mancata sottoscrizione o il mancato rispetto di tali obblighi, costituiscano causa di sospensione dell'accreditamento.

· Per uniformare la strutturazione di base dei modelli contrattuali adottati dalle regioni/aziende, si sta valutando l'ipotesi di emanare linee guida recanti gli elementi essenziali da ricomprendere all'interno degli accordi contrattuali, avuto riguardo – a titolo di esempio indicativo ma non esaustivo - dell'ente competente alla stipula e dalla gestione dei contratti, della composizione del budget (tetti di spesa) e dell'eventuale presenza di

- accordi di confine per la gestione e la programmazione della mobilità attiva per le prestazioni rese nei confronti dei pazienti extraregionali e della mobilità passiva.

·4. Valutazione del fabbisogno

- Rispetto al tema del fabbisogno quale fattore di orientamento delle scelte in ambito sanitario incluse quelle legate all'ingresso/mantenimento dei soggetti privati all'interno del sistema di offerta, si raccomanda alle aziende sanitarie e, ove non delegate dalle regioni, a queste ultime, di:

- rendere evidenti i criteri e i processi adottati in ambito regionale/aziendale per l'analisi dei fabbisogni con particolare riguardo anche ai "riadattamenti" dell'organizzazione della rete di offerta e del relativo sistema di relazioni, nei casi di variazioni degli stessi fabbisogni cui adeguare gli strumenti di programmazione. Si suggerisce a tal riguardo di valutare, in relazione all'entità della variazione determinata da una contrazione o da un aumento del fabbisogno, un confronto comparativo e trasparente con i soggetti accreditati;

- - tenere conto, nella definizione dei criteri per la distribuzione delle

risorse ai soggetti accreditati e contrattualizzati, anche delle performance clinico-assistenziali, in termini di volumi ed esiti, delle prestazioni rese **Ulteriori temi di approfondimento**

·1. Misure per l'alienazione degli immobili

- In riferimento alla cessione di immobili a terzi da parte delle aziende sanitarie, anche provenienti da atti di liberalità (donazioni e successioni) o comunque acquisiti dalle aziende, è possibile prefigurare possibili eventi rischiosi riconducibili alla valorizzazione del patrimonio da alienare e alle procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione (o anche dal loro mancato utilizzo o messa a rendita).
- Non è da trascurare anche il rischio del progressivo intenzionale deterioramento del bene per ridurne il valore commerciale.
- In altri termini, se parte del patrimonio non viene direttamente utilizzato per finalità proprie delle aziende sanitarie (per attività assistenziali o comunque per attività amministrative e gestionali aziendali) o non sono comunque previste modalità di utilizzazione di questi beni all'interno di un piano industriale, è auspicabile prevedere forme di messa a reddito di tale patrimonio (ad es. attraverso la cessione o la locazione) o comunque un utilizzo per finalità proprie dell'azienda anche a livello interaziendale (es. per l'attività libero professionale, uffici amministrativi, ecc.).

· In questo contesto, come già evidenziato nell'Aggiornamento 2015 al PNA, oltre agli obblighi di trasparenza già previsti dall'art. 30 del d.lgs. 33/2013, ovvero la pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili (ad es. tipo, dimensione, localizzazione, valore) a qualsiasi titolo posseduti (proprietà e altri diritti reali, concessione ecc.), dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti dalle amministrazioni, sarebbe opportuno che le aziende sanitarie e gli altri enti assimilati rendessero disponibili anche le seguenti tipologie di informazioni:

- a. modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo (es. interaziendale con condivisione di risorse);
- b. patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro, nell'ambito di piani di sviluppo aziendali: tipo, dimensione, localizzazione, valore;
- c. esito delle procedure di dismissione/locazione;
- d. redditività delle procedure ovvero valore, prezzo di vendita e ricavato.

- Il RPC è tenuto a vigilare sull'attuazione delle misure e a segnalare al management aziendale anomalie risultanti dall'analisi degli indicatori di rischio come, ad esempio: la consistenza del patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali; la possibile anomala compresenza di fitti passivi e immobili in locazione; la significatività degli scostamenti tra valore, prezzo di vendita e ricavato nelle procedure di dismissione/locazione.
- È altresì importante che le regioni completino il censimento del patrimonio non utilizzato a fini istituzionali affinché questo possa essere valorizzato dalle competenti agenzie del territorio.
- **2. Sperimentazioni cliniche. Proposta di ripartizione dei proventi derivanti da sperimentazioni cliniche “profit”/finanziate**

- I proventi derivanti alle aziende sanitarie a seguito di sperimentazioni cliniche, specie nel caso di studi clinici randomizzati interventistici con farmaci che devono essere introdotti sul mercato, possono assumere una consistenza molto rilevante (di decine di milioni euro per anno in aziende di grandi dimensioni e di elevato richiamo). Per questo motivo e per le cointeressenze che possono esserci tra le ditte farmaceutiche e gli sperimentatori, si tratta di un'attività a rischio corruttivo. L'azione dei Comitati Etici (di seguito CE), volta ad accertare la scientificità e la eticità del protocollo di studio, non fornisce specifiche garanzie al riguardo.
- Al fine di gestire, in ottica di prevenzione della corruzione, la discrezionalità degli sperimentatori di attribuzione (e “auto-attribuzione”) dei proventi, è opportuno che ogni azienda sanitaria integri il regolamento del CE con un disciplinare che indichi le modalità di ripartizione dei proventi, detratti i

· costi da sostenersi per la conduzione della sperimentazione e l'*overhead* dovuto all'azienda per l'impegno degli uffici addetti alle pratiche amministrative ed il coordinamento generale.

· **2.1 Criteri per la ripartizione dei proventi**

· Una possibile sequenza logica per pervenire a una procedura di ripartizione dei proventi è la seguente:

· a. detrarre le spese da sostenersi (costi diretti della sperimentazione).

· Tali spese possono includere:

· - costi per accertamenti di laboratorio o strumentali, aggiuntivi rispetto a quelli previsti dalla pratica assistenziale corrente;

· - costi per la raccolta/spedizione di materiali biologici;

· - costi per la gestione separata dei farmaci in sperimentazione;

· - costi di materiale di consumo o di materiale inventariabile necessario per la sperimentazione

· (ove non forniti direttamente dallo sponsor);

· - rimborsi ai pazienti;

- - spese per acquisizione di collaborazioni tecnico-professionali finalizzate alla conduzione delle sperimentazioni;
- - spese di gestione, analisi dei dati, test di laboratorio aggiuntivi, spese di spedizione dei materiali;
- spese di formazione/aggiornamento del personale coinvolto nelle sperimentazioni;
- - spese di acquisizione di apparecchiature tecnico scientifiche;

 a.ripartire il ricavo netto secondo criteri prestabiliti e trasparenti.

· In quest'ambito specifico è auspicabile che le aziende sanitarie adottino un regolamento che disciplini le modalità di distribuzione dei ricavi netti provenienti dalle sperimentazioni, improntato ai principi di equità, di efficienza e di vantaggio per la pubblica amministrazione. La scelta è comunque rimandata alle singole direzioni aziendali che sono chiamate all'obbligo di definire tali modalità di ripartizione, rendendole trasparenti, al fine di garantire una equità di fruizione dei proventi derivanti dalle sperimentazioni cliniche tra tutto il personale che vi partecipa attivamente.

potrebbe configurarsi pertanto come una misura ulteriore di trasparenza l'integrazione, da parte delle aziende sanitarie, delle informazioni sul sito istituzionale, relative alle tecnologie introdotte attraverso le predette modalità, prevedendo il seguente set minimo di dati:

a. il richiedente/l'utilizzatore;

b. la tipologia della tecnologia;

c. gli estremi dell'autorizzazione della direzione sanitaria;

d. la durata/termini di scadenza;

e. il valore economico della tecnologia;

f. gli eventuali costi per l'azienda sanitaria correlati all'utilizzo della tecnologia (es. materiali di consumo).

· Riguardo a quest'ultimo punto, nel caso in cui l'analisi della proposta di comodato evidenzi costi a carico dell'azienda sanitaria, connessi all'utilizzo del bene, la stessa non dovrebbe essere accettata ove preveda corrispettivi economici in favore del soggetto comodante o comunque di un soggetto predeterminato, in quanto tale vincolo attribuirebbe all'intera operazione la natura di contratto di appalto, che dovrebbe essere pertanto gestito secondo le ordinarie procedure di gara.

· La medesima precisazione va riferita anche alle "donazioni" e/o alle "

- prove dimostrative”. Per queste ultime, qualsiasi onere economico (inclusi materiali di consumo) deve essere totalmente a carico del soggetto che propone all’azienda sanitaria la prova dimostrativa.
- L’insieme dei dati sopra riportati, a vari livelli di aggregazione, potrà costituire un database delle apparecchiature “in prova” da cui sia possibile effettuare i collegamenti con le successive modalità con le quali eventualmente le stesse tecnologie vengono acquisite dalle aziende. Pertanto, il RPC dovrebbe utilizzare tali informazioni anche al fine di elaborare possibili indicatori di rischio come, ad esempio, la percentuale (numero e/o valore) delle apparecchiature in prova/comodati d’uso che si trasforma in acquisto, anche in relazione al totale della tecnologia acquisita dall’azienda.

- **4. Ulteriori misure per la trasparenza, il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale *intra moenia***
- Quest'area, già ritenuta di prioritaria importanza nell'Aggiornamento 2015 del PNA, viene richiamata anche in questo approfondimento in considerazione della disomogeneità dei contesti regionali nel governo dei tempi di attesa, in relazione anche al rapporto tra attività istituzionale e libero professionale e al fatto che i comportamenti opportunistici e i rischi corruttivi in questo settore si sostanziano in disparità di trattamento nei confronti dell'utente finale.,

- L'esigenza è quella di **integrare le misure di prevenzione già previste nel precedente aggiornamento, con particolare riferimento alle attività in ALPI**, con interventi mirati in tema di liste di attesa per le prestazioni rese in attività istituzionale, a partire dal rafforzamento della trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (diagnostiche e terapeutiche), avuto riguardo del trattamento dei dati sensibili.
- A titolo esemplificativo ma non esaustivo sono indicate, con riferimento all'accesso del paziente al sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie, alcuni possibili eventi rischiosi con le relative misure di prevenzione.
- In relazione al rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, con induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in ALPI a seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale, le seguenti misure, che già costituiscono condizioni imprescindibili di buona amministrazione e di efficienza organizzativa

si rivelano efficaci per la gestione trasparente delle liste di prenotazione e per il governo dei tempi di attesa (con conseguenti effetti diretti sulla percezione della qualità del servizio da parte dei cittadini e sull'efficacia degli interventi sanitari):

- → informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione delle aziende sanitarie;
- → separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale intramoenia (ALPI);
- → unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP) su base regionale o almeno provinciale, facilmente accessibile (es. *call center*, sportelli aziendali, rete delle farmacie, ecc.) con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene la prima visita e i *follow up* successivi;
- → utilizzo delle classi di priorità clinica per l'accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa (specificando se si tratta di prima visita o controllo). Tale obbligo, già disciplinato con decreti ministeriali e da specifici Accordi Stato-Regioni, necessita tuttavia di essere monitorato ed implementato per evitare il rischio di classificazioni errate e/o opportunistiche. In tal senso sono già state implementate in

Al fine di evitare opportunistici allungamenti dei tempi di attesa in attività condotta in regime istituzionale, possono essere utilizzati diversi strumenti gestionali quali, ad esempio, *recall*, *SMS*, *reminder*, pre-appuntamento, per verificare la reale consistenza delle liste di attesa. A tale scopo, può essere efficace prevedere a livello regionale e/o aziendale l'obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali, disciplinando i casi in cui sia possibile giustificare la mancata disdetta per impedimenti oggettivi e documentati.

Altre misure specifiche possono riguardare la previsione, all'interno dei siti web aziendali, di una sezione dedicata ai reclami da parte dei pazienti con modalità facilmente accessibili, nonché un sistema di *reporting* e di monitoraggio degli stessi da parte del RPC.

Va evidenziato che le suddette misure, poiché presuppongono il pieno rispetto degli obblighi di legge vigenti in tema di liste di attesa, sono da considerarsi esemplificative delle possibili strategie ulteriori che le regioni e le aziende sanitarie possono porre in essere per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, anche in termini di miglioramento dei piani adottati in conformità al Piano nazionale di governo delle liste di attesa, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, di cui all'art. 1, co. 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.