



Istituto Oncologico Veneto IRCCS

# Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza PTPCT 2022-2024

- aggiornamento 2022 -

## Sommario

PRIMA SEZIONE .....	1
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....	1
<i>1 SCOPO DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA</i> .....	1
1.1 Modalità di elaborazione .....	1
<b>2 I RUOLI NEL SISTEMA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b> .....	3
2.1 Il Direttore Generale .....	3
2.2 Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) .....	4
2.3 L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) .....	5
2.4 I Dirigenti .....	6
2.5 I Referenti per la prevenzione della corruzione .....	7
2.6 Il responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) .....	8
2.7 I dipendenti e collaboratori .....	8
2.8 Internal Auditing .....	9
2.9 L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) .....	10
2.10 Il Risk Manager .....	10
2.11 Il Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) .....	11
2.12 Il Responsabile della protezione dei dati (RPD) .....	12
<b>3 IL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO</b> .....	12
3.1 Il sistema di gestione del rischio: le linee guida .....	12
3.2 Analisi del contesto .....	14
4.2.1 Contesto esterno .....	14
4.2.2 Contesto interno .....	20
<b>5 IL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO- LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b> .....	29
5.1 Identificazione .....	31
5.2 L'analisi del rischio corruttivo .....	33
<b>6 IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO</b> .....	34
SECONDA SEZIONE .....	59
LA TRASPARENZA .....	59
<b>1 Programma triennale per la trasparenza e l'integrità</b> .....	59
<b>2 Trasparenza e tutela dei dati personali</b> .....	59
<b>3 Ruoli e responsabilità rispetto agli obblighi di pubblicazione</b> .....	60
3.1 Il ruolo del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza .....	60
3.2 La responsabilità dirigenziale non sanitaria .....	61
3.3 I Referenti .....	61
<b>4 Procedimento di elaborazione ed adozione della sezione "Trasparenza"</b> .....	62
<b>5 Selezione dei dati da pubblicarsi: obbligatori e ulteriori (art.10, comma 3, d.lgs. 33/2013).</b> .....	62
<b>6 Individuazione dei dati ulteriori</b> .....	63
<b>7 La carta dei servizi</b> .....	63
<b>8 Legge 24/2017 relativa alla sicurezza delle cure della persona assistita</b> .....	63
<b>9 I collegamenti con la sezione I del Piano di prevenzione della corruzione e il Piano della performance</b> .....	64
<b>10 Accesso civico (D. lgs. 33/2013)</b> .....	66
<b>11 Monitoraggio sull'attuazione della sezione trasparenza</b> .....	68
<b>12 Il coinvolgimento dei portatori di interessi</b> .....	69
<b>13 Contatti, posta elettronica e posta elettronica certificata (PEC)</b> .....	69

ALLEGATI .....	70
1. Scheda di mappatura dei processi .....	70
2. Mappatura dei rischi .....	70
3. Albero adempimenti della Trasparenza.....	70

# PRIMA SEZIONE

## PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

### **1 SCOPO DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA**

La predisposizione del presente Piano triennale per la prevenzione della corruzione (sezione I: prevenzione della corruzione; sezione II: trasparenza) – aggiornamento 2022 - costituisce non solo un adempimento del dettato normativo, ma uno strumento attraverso il quale l'Istituto Oncologico Veneto-IRCCS fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione delle Unità organizzative e dei processi al rischio di corruzione, individuando gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio.

Il Piano tiene conto delle novelle legislative intervenute nel corso degli anni, del PNA 2019 (Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019) e delle varie linee guida di ANAC che si sono succedute nel tempo e che costituiscono ancora un riferimento. Attraverso il Piano si attuano, altresì, le misure previste in materia di pubblicazione di dati e informazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

L'Istituto Oncologico Veneto (IOV)-IRCCS, nell'ottica di favorire l'attuazione di un sistema di responsabilità nei confronti di tutti i portatori di interesse e di promuovere un miglioramento continuo dei servizi resi, pubblica sul proprio sito tutte le informazioni che favoriscono la conoscenza della propria organizzazione (<http://www.ioveneto.it>).

Sono pubblicati, oltre ai dati previsti dalla normativa vigente, anche una serie ulteriore di informazioni che l'Istituto ritiene utili siano divulgati al fine di favorire una corretta conoscenza e valutazione della propria attività da parte degli utenti nello spirito delle previsioni di cui all'articolo 10, comma 3, del D. Lgs 33/2013 e s.m.i.

Atteso che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano nel tempo, il presente Piano costituisce uno strumento dinamico i cui contenuti verranno affinati, integrati, modificati e aggiornati anche in relazione alle indicazioni e ai risultati ottenuti dalla sua applicazione e all'evoluzione organizzativa.

#### **1.1 Modalità di elaborazione**

Il presente Piano si articola in tre ambiti principali oltre alla parte introduttiva e di inquadramento normativo:

- analisi delle attività che possono essere esposte a rischio di corruzione;

- individuazione delle misure di prevenzione attuabili o già attuate per contrastare il fenomeno della corruzione;
- previsione degli interventi correttivi atti a porre rimedio agli eventuali episodi di corruzione verificatisi con individuazione delle relative responsabilità.

Il processo di adozione del Piano è avvenuto con procedura aperta alla partecipazione dei portatori di interessi interni ed esterni, questi ultimi legittimati alla presentazione di istanze, suggerimenti e proposte sulla base della pubblicazione di un avviso sul sito aziendale.

La predisposizione del presente documento è stata curata dal RPCT all'esito dell'attività di individuazione delle aree a rischio, di mappatura e analisi dei relativi processi condotta con la richiesta di partecipazione dei Referenti individuati con riguardo alle aree in cui è articolata l'azienda, tramite i quali sono stati coinvolti nel processo di identificazione e di trattamento dei rischi i Responsabili e i Dirigenti delle varie strutture aziendali.

A tale scopo è stato realizzato nel 2020 il corso di formazione sul campo "*Etica e legalità: la prevenzione della corruzione*" per i referenti e i loro collaboratori, che a causa della pandemia si è concluso il 28 febbraio 2021. Le attività svolte durante la formazione sul campo hanno consentito l'analisi dei rischi congiunta attraverso la compilazione della matrice del *Control Risk Self Assessment* e la validazione dei risultati. Sono inoltre state condivise le istruzioni per lo svolgimento della mappatura dei processi.

La validità temporale del Piano è di tre anni ed il suo contenuto viene aggiornato, con riferimento al triennio successivo a scorrimento, tenendo conto dei risultati conseguiti e delle proposte formulate dai Referenti, dai Responsabili di struttura e da tutti gli altri soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio.

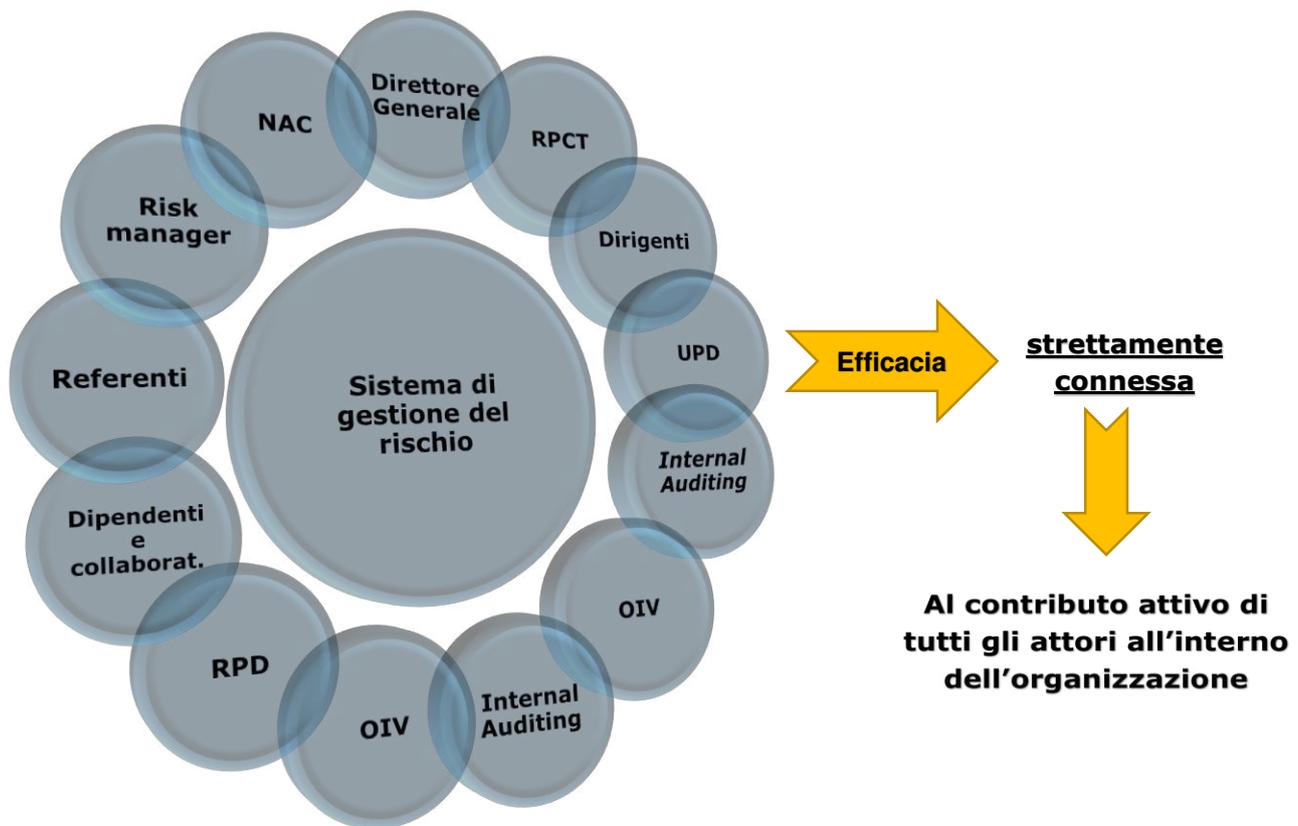
L'aggiornamento annuale del Piano tiene conto, oltre agli indirizzi o direttive contenuti nei PNA, dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- l'emergenza sanitaria;
- mutamenti organizzativi;
- nuove modalità lavorative a distanza;
- emersione di nuovi rischi;
- metodologia della rilevazione dei processi.

Il presente Piano si applica, per quanto compatibile in relazione alla natura del rapporto con i processi aziendali, oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e agli Organi dell'Istituto: il Direttore Generale, il Direttore Scientifico, il Collegio Sindacale, il Collegio di Direzione ed il Comitato di Indirizzo e di Verifica, ai Direttori di Area e a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Istituto.

La presa visione del Piano e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i soggetti destinatari di cui ai precedenti periodi.

## 2 I RUOLI NEL SISTEMA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE



Concorrono alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità e partecipano al processo di gestione del relativo rischio i seguenti soggetti:

### 2.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è l'organo cui compete l'adozione iniziale ed entro il 31 gennaio di ogni anno i successivi aggiornamenti del PTPCT, designando il Responsabile della Prevenzione della corruzione (art. 1, comma 7, della L. n. 190/2012). L'organo di indirizzo dell'ente individua il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico, con piena autonomia ed effettività; definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPCT, adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano, direttamente o indirettamente, finalizzati alla Prevenzione della corruzione.

Nell'anno 2021 il Presidente della Regione del Veneto con proprio provvedimento n. nr. 31 del 26 febbraio 2021 ha nominato la dott.ssa Patrizia Benini Direttore Generale dello IOV dal 01.03.2021 per un triennio.

## **2.2 Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)**

Con deliberazione del Direttore Generale n. 735 del 22/11/2019 confermato con deliberazione del Direttore generale n. 261 del 15/04/2021, è stata nominata, ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della legge n.190 del 2012, l'avv. Arianna Gabriella Casotto, già Direttore della UOC Affari Generali, la quale esercita i compiti attribuiti dalla legge e dal presente Piano, in particolare:

### **In materia di misure di prevenzione della corruzione:**

- predisporre e verificare l'attuazione e l'idoneità del sistema di prevenzione della corruzione previsto nel PTPC;
- presentare all'organo di indirizzo, per la necessaria approvazione, una proposta di PTPC che sia "idonea";
- vigilare sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano;
- segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- redigere la Relazione annuale da pubblicare sul sito istituzionale dell'amministrazione (art.1, co. 14, l. 190/2012).

### **In materia di trasparenza:**

- Elaborare un'apposita sezione del Piano dedicata alla trasparenza;
- Svolgere un'attività di monitoraggio sulla effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente e segnalando gli inadempimenti rilevati, in relazione alla gravità, all'OIV, all'organo di indirizzo politico, ad ANAC o all'UPD (art. 43, co. 1 e 5, d.lgs. 33/2013);
- Ricevere istanze di accesso civico "semplice" (art. 5, co. 1, d.lgs. 33/2013) e (art. 5, co. 2, d.lgs. 33/2013), ricevere e tratta le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso civico generalizzato o di mancata risposta.

### **In materia di whistleblowing:**

- Ricevere, prendere in carico le segnalazioni, porre in essere gli atti necessari ad una prima "attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute" da ritenersi obbligatoria in base al co. 6 dell'art. 54-bis.

### **In materia di imparzialità soggettiva del funzionario:**

- Ha capacità di intervento, anche sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive ai sensi del d.lgs. 39/2013, in particolare deve:
  - vigilare sul rispetto, da parte dell'amministrazione, delle disposizioni in materia di inconfiribilità e di incompatibilità degli incarichi (art. 15 comma 1);
    - contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconfiribilità e di incompatibilità di cui al citato decreto legislativo;
    - segnalare all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di

eventuali responsabilità amministrative, i casi di possibile violazione del citato decreto legislativo art. 15 comma 2).

**Secondo il codice di comportamento, ai sensi del DPR n. 62/2013:**

- curare la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione;
- la violazione, da parte dei dipendenti dell'Istituto, delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare.

In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza risponde ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- I.** di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- II.** adempiuto agli obblighi di informazione ai dipendenti nei confronti dello stesso RPCT;
- III.** di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- IV.** individuato specifici obblighi di trasparenza;

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

È attivo il seguente indirizzo di posta elettronica che consente di comunicare con il RPCT, dall'esterno e dall'interno dell'Istituto:

[anticorruzione@iov.veneto.it](mailto:anticorruzione@iov.veneto.it)

### **2.3 L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

In base al D. Lgs. n. 97/2016 vengono rafforzate le funzioni affidate all'OIV.:

- verifica che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza ove stabiliti;
- verifica i contenuti della relazione sui risultati dell'attività svolta dal responsabile in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- fornisce le informazioni che l'ANAC richiede in merito all'attuazione delle misure di prevenzione, tanto quanto il RPCT;

- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (articoli 43 e 44 d.lgs. 33/2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento e sulle sue modificazioni (articolo 54, comma 5, d.lgs. 165/2001).

## **2.4 I Dirigenti responsabili di struttura**

I Dirigenti nell'ambito delle Strutture di rispettiva competenza, partecipano al processo di gestione del rischio.

I Dirigenti hanno un ruolo centrale ai fini della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e della promozione e diffusione della cultura della legalità e del rispetto delle regole nella loro dimensione di valori funzionali al miglioramento dell'efficienza dei servizi, della qualità delle prestazioni e dei rapporti con gli utenti e fra dipendenti. In tale prospettiva, l'approccio dei Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali deve essere in primis finalizzato al conseguimento del pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti assegnati alle strutture di rispettiva competenza nel processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione e di promozione della legalità.

In particolare l'articolo 16 del D. Lgs. n. 165 del 2001 dispone che:

- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti (comma 1-bis);
- forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (comma 1-ter);
- provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (comma 1-quater).

I Dirigenti inoltre, con riguardo alle attività considerate a rischio dal presente Piano:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT ai sensi dell'articolo 1, comma 9, lett. c, della legge 190 del 2012;
- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- vigilano sull'applicazione dei codici di comportamento e ne verificano le ipotesi di violazione, ai fini dei conseguenti procedimenti disciplinari.
- i Dirigenti responsabili di struttura individuano almeno un referente interno con il compito di sovrintendere e coordinare le attività e gli adempimenti in materia di anticorruzione nell'ambito della struttura cui sono preposti.

La violazione dei compiti di cui sopra, nonché la mancata collaborazione con il RPCT, è fonte di responsabilità disciplinare, oltre che dirigenziale e viene considerata nella valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali.

## 2.5 I Referenti per la prevenzione della corruzione

La costituzione di una rete di referenti ha quale obiettivo primario quello di creare un sistema di comunicazione e di informazione circolare, per assicurare che le misure di prevenzione della corruzione siano elaborate e monitorate secondo un processo partecipato.

In relazione alla **Prevenzione della Corruzione** i referenti concorrono:

- al processo di analisi dei rischi (mappatura dei processi, individuazione dei rischi e delle relative misure di mitigazione);
- a verificare l'efficacia e l'idoneità del Piano e proporre eventuali modifiche o integrazioni;
- a formulare proposte in merito all'adozione di soluzioni organizzative, sistemi di verifica e controllo, adozione/modificazione/integrazione di protocolli operativi e procedure e di ogni altra misura idonea a contrastare e prevenire il rischio di illegalità;
- a vigilare, anche mediante verifiche e controlli a campione, sull'effettiva attuazione del Piano nell'ambito delle aree di rispettiva competenza e segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità e, in particolare, ogni fatto di natura corruttiva o situazione che possa rappresentare un potenziale rischio di commissione di fatti illeciti;
- a redigere annualmente apposita relazione indirizzata al responsabile della prevenzione della corruzione illustrando l'attività svolta in tema di prevenzione;
- a cooperare con il RPCT ai fini della definizione dei fabbisogni formativi e della selezione del personale da inserire nei relativi percorsi;
- a monitorare l'attività svolta dai Responsabili e Dirigenti delle strutture ricomprese nella macro-area di competenza, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale, segnalando tempestivamente al Responsabile della Prevenzione ogni irregolarità o criticità riscontrata.

Svolgono, inoltre, l'attività informativa nei confronti del RPCT e dell'Autorità giudiziaria (art.16 D. Lgs n.165/2001; art. 20 DPR n.3/1957; art.1 comma 3, L.n.20/1994; art. 331 c.p.p.);

Gruppo di referenti di supporto all'RPCT, con i responsabili delle funzioni aziendali maggiormente interessate dagli adempimenti della Trasparenza e dai possibili rischi di corruzione sono di seguito individuati:

Referente Area Acquisti, Economato e logistica - RASA	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della logistica
Referente Area dei Servizi tecnici e patrimoniali	Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali- in corso di individuazione
Referente Area Risorse Umane e della libera professione	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Referente Area Contabilità e Bilancio	Responsabile UOSD Contabilità e Bilancio

Referente Area del Controllo di Gestione	Dirigente Responsabile della UOS Controllo di Gestione
Referente Area Informatica	Dirigente Responsabile della UOS Sistemi Informativi
Referente Area della ricerca e delle sperimentazioni Cliniche	Responsabile UOSD Unità di Ricerca Clinica
Referente UPD	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Referente Risk manager	Risk manager
Referente Area trasparenza e privacy	Collaboratore prof.le amm.vo Ufficio Privacy
Referente Area Sanitaria	Direttore DMO in corso di individuazione
Referente Area della Farmacia e CESC	Direttore UOC Farmacia
Internal Auditing	Dirigente Responsabile della funzione di Internal Auditing
Referente Nucleo Aziendale Controllo (NAC)	Coordinatore del NAC
Referente Area legale e assicurativo	Collaboratore prof.le amm.vo Ufficio Legale

I Referenti possono avvalersi del supporto di collaboratori.

## 2.6 Il responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa.

In riferimento all'obbligo di comunicazione, per l'espletamento del procedimento amministrativo sotteso all'applicazione dell'art. 33-ter del decreto legge n. 179 del 18.10.2012, del nominativo del responsabile, con funzioni di verifica o compilazione ed al successivo aggiornamento delle informazioni, l'RPCT ha sollecitato la specifica individuazione del responsabile dopo l'avvicinarsi del Direttore della UOC Provveditorato, Economato e Gestione della logistica, da preporre all'iscrizione ed all'aggiornamento dei dati inseriti nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

## 2.7 I dipendenti e collaboratori

I **dipendenti** dell'amministrazione:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel PTPC;
- segnalano le situazioni di illecito ed i casi di personale conflitto di interessi.

Il coinvolgimento va assicurato:

- a) in termini di partecipazione attiva al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi;

- b) in termini di partecipazione attiva in sede di definizione delle misure di prevenzione;
- c) in sede di attuazione delle misure.

A tal fine, negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, dovrà essere inserita, a cura della UOC Gestione Risorse Umane, una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni del presente Piano e del Codice di comportamento e la risoluzione o decadenza dal rapporto, in caso di violazione.

Il Responsabile della UOC Gestione Risorse Umane informa ogni nuovo assunto o collaboratore dell'obbligo di prendere visione del Piano consultando l'apposito sito web e di trasmettere alla struttura medesima, entro e non oltre 15 giorni dalla data di decorrenza del contratto di assunzione/collaborazione, una dichiarazione di avvenuta presa visione del Piano.

## **Collaboratori**

Il personale con contratti atipici (borse di studio, co.co.co, incarichi libero professionali), tirocini e frequenze:

il presente Piano si applica, per quanto compatibile in relazione alla natura del rapporto con i processi aziendali, oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Istituto.

## **2.8 Internal Auditing**

Con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 231 del 6 marzo 2018, in attuazione della precedente DGRV n. 1122 del 19 luglio 2017, sono state approvate le "Linee guida di indirizzo per l'espletamento della funzione di Internal Audit di Azienda Zero e delle Aziende sanitarie del Veneto", in cui sono state rappresentate le finalità, i poteri, le responsabilità in capo alla struttura organizzativa UOC Internal Audit e Controlli nelle Aziende SSR di Azienda Zero e delle Funzioni di Internal Auditing delle Aziende sanitarie del Veneto, che afferiscono alle Direzioni Amministrative.

Con deliberazione del Commissario n. 78 del 9-2.2021 è stato conferito l'incarico di Internal Auditing alla dr.ssa Cristina Canella.

Azienda Zero ha differito al 30 aprile 2022 il termine per l'approvazione del Piano triennale di Audit, che è in corso di approvazione.

Il responsabile dell'Internal Auditing collabora con il RPCT con le seguenti attività:

- mettendo a disposizione del RPCT il processo di Control Risk Self Assessment (CRSA) svolta in Azienda come valore Risk Score complessivo del processo;
- comunicando al RPCT la programmazione di Audit in modo da condividere l'interesse reciproco sulle attività da allineare per quanto possibili nei due piani;

- ottenendo la collaborazione del RPCT in fase di Audit per gli aspetti di rischio frode, in particolare per la stesura delle osservazioni e della proposta del Piano di azioni a contenimento del rischio in oggetto.

## Altri soggetti istituzionali

### 2.9 L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 474 del 27.08.2018 ed è competente per i procedimenti disciplinari, sia per il personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale che per il personale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa e della dirigenza medica (articolo 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);

- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art.20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- cura l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001;
- ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari può chiedere parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012;
- svolge le attività di vigilanza e, in raccordo col Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, di monitoraggio previste dall'art. 15 del DPR 62/2012 e dal Codice di Comportamento aziendale.

### 2.10 Il Risk Manager

Il Responsabile della gestione del rischio clinico aziendale (risk manager) svolge un ruolo fondamentale nell'ambito dell'attività di prevenzione degli eventi avversi e dell'attività di gestione e prevenzione del contenzioso:

- attiva percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione, anche in forma anonima, dell'evento o evento evitato (*near miss*) e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- rileva il rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e individua eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- predispone e attua attività di sensibilizzazione del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario e collabora alla formazione degli operatori in materia;
- assiste gli uffici legali nel caso di contenzioso e nelle attività di stipula di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

A tal fine lo IOV ha recepito il modello organizzativo della Regione Veneto sulla sicurezza del paziente, definito nella DGR 1831/2008, individuando il responsabile

delle funzioni per la sicurezza del paziente e nominando il comitato esecutivo. Il responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente si occupa dell'analisi degli eventi avversi e degli eventi sentinella, attraverso la raccolta degli *incident reporting*. In particolare, nell'eventualità di un evento sentinella, viene attivato il flusso SIMES (sistema per il monitoraggio degli errori in sanità) che prevede la segnalazione dell'evento al Ministero della salute.

Annualmente il comitato esecutivo per la sicurezza del paziente redige un Piano per la sicurezza con i progetti da eseguire, che viene presentato alla Direzione per la sua approvazione.

## **2.11 Il Nucleo Aziendale di Controllo (NAC)**

Il NAC, nominato da ultimo con delibera del Direttore Generale n. 286 del 30 marzo 2022 svolge controlli interni con le seguenti finalità:

- controllo del sistema di codifica ICD 9 CM delle diagnosi e degli interventi utilizzato dai clinici e del rispetto delle direttive regionali in tema di codifica;
- controllo delle tipologie di prestazioni sanitarie risultate più critiche a livello aziendale;
- verifica della correttezza di gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati secondo le priorità assegnate.

Per quanto concerne la specialistica ambulatoriale, i controlli interni hanno la finalità di:

- accertare l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui all'art. 38 della LR 30/2016;
- verificare l'applicazione delle specifiche cliniche di prioritizzazione delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale;
- accertare la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. del 28 maggio 1999, n. 329 e dal DPCM 12 gennaio 2017.

Il Nucleo Aziendale di Controllo interno predispone i prospetti riepilogativi relativi agli esiti dei controlli effettuati, da avviare al Nucleo Regionale di Controllo e alla UOC Ispezioni Sanitarie e socio sanitarie di Azienda Zero.

Ogni anno lo IOV deve predisporre un proprio "Piano annuale dei controlli interni" che riporti le tipologie di controllo che verranno esaminate nel corso dell'anno; e trasmetterlo al Nucleo Regionale di Controllo (NRC).

Tale Piano deve essere conforme alle linee guida approvate dalla Regione Veneto con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 93 del 10/09/2021 che prevede che lo stesso sia trasmesso al RPCT per certificare il buon funzionamento dei processi necessari a garantire il rispetto dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività professionale intra moenia.

## **2.12 Il Responsabile della protezione dei dati (RPD)**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 37 del Regolamento Europeo n.2016/679 in materia di protezione delle persone fisiche con riferimento al trattamento dei dati personali (noto con l'acronimo inglese di "GDPR", con cui verrà indicato nel prosieguo), l'Istituto Oncologico Veneto-IRCCS ha nominato il Responsabile della Protezione dei dati da ultimo con Delibera del Direttore Generale n. 703 del 30.10.2020.

Ai sensi dell'art. 39 del GDPR, il Responsabile della Protezione dei dati svolge i seguenti compiti:

- a) informa e fornisce consulenza al titolare o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal regolamento e dalle norme vigenti in materia di protezione dei dati;
- b) sorveglia l'osservanza del GDPR all'interno dell'organizzazione del titolare;
- c) fornisce, se richiesto, un parere in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati;
- d) funge da punto di contatto per l'Autorità di controllo per questioni connesse al trattamento;
- e) coordina l'implementazione e l'aggiornamento del registro delle attività di trattamento sotto la responsabilità del titolare.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 43 del 22 gennaio 2021 è stato approvato il "Modello organizzativo privacy" che individua i soggetti che svolgono specifiche attività relative al trattamento e alla protezione dei dati personali. Tale assetto organizzativo, insieme alla piena operatività e sviluppo del software "Data Protection Manager" di gestione del registro del trattamento dei dati personali, costituiscono lo strumento per dimostrare l'osservanza della normativa di tutela dei dati personali da parte di IOV.

## **3 IL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO**

### **3.1 Il sistema di gestione del rischio: le linee guida**

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) deve essere aggiornato annualmente ai sensi del comma 8 dell'articolo 1 della Legge n. 190/2012. L'aggiornamento consente di adeguare la strategia di prevenzione della corruzione ai mutamenti del contesto interno ed esterno di riferimento, tenendo conto inoltre dei risultati ottenuti o delle criticità riscontrate durante la prima fase attuativa.

Il sistema di gestione del rischio alla luce delle osservazioni formulate nell'aggiornamento al PNA 2015 e nel nuovo PNA 2019 va declinato in evoluzione rispetto all'originaria formulazione di valutazione del rischio e sua ponderazione. Assume sempre più rilevanza la mappatura efficace e completa di tutti i processi aziendali, anche di quelli non considerati originariamente. In particolare è

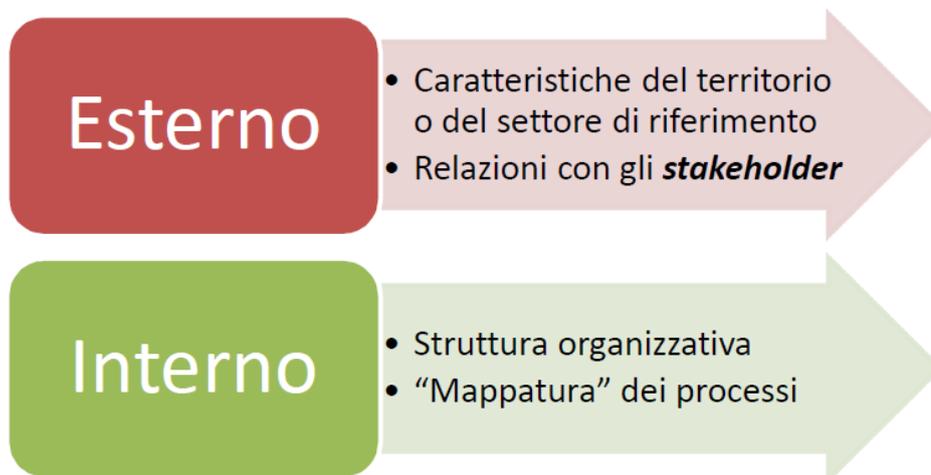
necessario delineare i processi principali e in dettaglio delle singole strutture al fine di ottenere una puntuale conoscenza.



Il sistema di gestione del rischio ha preliminarmente inizio mediante l'analisi del contesto in cui opera l'Ente:

- a) contesto esterno, che permette di evidenziare le caratteristiche dell'ambiente (economico e socio-culturale) ove opera l'amministrazione e i c.d. "stakeholder" (comprensivi, ovviamente, di tutti le variabili nelle quali si annidano le dinamiche corruttive);
- b) contesto interno, con riguardo agli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione (la struttura e la dotazione organica, gli atti principali di gestione delle risorse e degli investimenti, le responsabilità dei singoli) e individuazione delle aree.

### 3.2 Analisi del contesto



#### 4.2.1 Contesto esterno

Appare significativo riportare alcune analisi sul territorio del Veneto desunte dai seguenti documenti.

Tratto da **"Corte dei Conti Sezione giurisdizionale regionale per il Veneto - Relazione apertura anno giudiziario 2022"**

*Illustra la giurisprudenza della Corte dei Conti regionale del Veneto in materia di responsabilità contabile, nell'anno appena trascorso, in materia di responsabilità amministrativa.*

*Le questioni affrontate hanno evidenziato, nei vari ambiti della pubblica amministrazione, un variegato quadro di illeciti, taluni caratterizzati dalla propensione alla realizzazione di profitti di carattere personale nella gestione della cosa pubblica, altri, i più numerosi, da grave negligenza nell'espletamento degli obblighi di servizio, agevolata da carenze nei controlli da parte degli organi a ciò preposti.*

*Sono state pronunciate, come già rilevato, condanne per il considerevole importo di € 5.462.824.25 pari al danno addebitato non solo ad amministratori e dipendenti pubblici che, in spregio degli obblighi di servizio, hanno arrecato pregiudizio alle amministrazioni di appartenenza ma altresì a soggetti privati che indebitamente hanno percepito o utilizzato illegalmente risorse pubbliche.*

*Sono state emesse anche sentenze di assoluzione, quando non è stato possibile evidenziare, nonostante l'infaticabile e pregevole lavoro dei pubblici ministeri, la sussistenza di tutti gli elementi costitutivi della responsabilità amministrativa.*

*La casistica riscontrata sostanzialmente non differisce da quanto già relazionato negli anni precedenti.*

*Sono emersi infatti:*

- a) Danni erariali da reato*
- b) Illeciti nella gestione del rapporto di impiego o di servizio*
- c) Illeciti nelle procedure di appalto e nelle forniture*
- d) Illeciti in materia di sanità*
- e) Danni al patrimonio pubblico*
- f) Illeciti nella riscossione di entrate*
- g) Illeciti nella gestione di contributi e finanziamenti pubblici*

*A titolo illustrativo si segnala la Sentenza 28.12.2020, n. 132 con cui la Corte dei Conti ha ritenuto, dopo ben tre camere di consiglio, che gli organi gestori di una struttura sanitaria abbiano portato avanti nel tempo un progetto estremamente innovativo di cure sanitarie, sostenendo ingentissimi costi rilevatesi poi del tutto improduttivi e, solo parzialmente arginati, da una inevitabile transazione.*

*L'atteggiamento dei convenuti è stato valutato gravemente colposo alla luce di molteplici richiami ed osservazioni da parte degli organi regionali, rimasti totalmente senza effetto sì da determinare una assunzione di responsabilità erariale che ha visto la conferma integrale della pretesa azionata."*

Tratto dalla requisitoria del **Procuratore Generale della Procura Regionale presso la Sezione giurisdizionale per il Veneto della Corte dei Conti in occasione della Relazione apertura anno giudiziario 2022"** si riportano alcune fattispecie di rilievo per l'Istituto.

**"Il danno per violazione del dovere di esclusività di pubblici dipendenti in particolare nella sanità"**

*"Purtroppo anche nel 2021, come anche nell'anno precedente, sono stati accertati numerosi casi rientranti nell'ambito del genus della cosiddetta incompatibilità dei*

*pubblici dipendenti e sono state depositate citazioni, nelle quali si stigmatizza il contestuale svolgimento di attività professionali senza preventiva autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, in violazione dell'art. 53, comma 7, del D.lgs. 165/2001 con lesione dei principi di prevenzione del conflitto d'interessi.*

*Tale fenomeno ha interessato in particolare il settore universitario e quello sanitario, con diverse ipotesi di medici in convenzione con il SSN o dipendenti di strutture pubbliche e/o centri privati convenzionati che a loro volta svolgono attività privata professionale in violazione della normativa costituzionale, primaria e contrattuale, che sancisce la esclusività del rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale. In questo ambito si segnalano alcuni casi di particolare rilievo:*

*- La Procura ha citato in giudizio un medico dipendente dell'A.U.L.S.S. n. 6 "Euganea" per danno corrispondente alla retribuzione percepita per l'attività libero - professionale non consentita e non dichiarata, svolta presso un ambulatorio privato, durante la persistenza del rapporto di lavoro con l'A.U.L.S.S. n. 6 "Euganea".*

*- La Procura ha invitato a dedurre un docente universitario in servizio presso l'Università degli Studi di Padova, il quale ha costituito una società a responsabilità limitata, ha assunto la carica di Amministratore Unico, nonché di Direttore Tecnico, è stato nominato Consigliere e Presidente del Consiglio di Amministrazione a tempo indeterminato con poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione, il tutto in violazione della normativa in materia di incompatibilità.*

### **Danno da mal practice sanitaria**

*Plurime sono le segnalazioni che pervengono alla Procura inerenti casi di mal practice sanitaria da cui derivano ingenti pregiudizi erariali alle Aziende sanitarie del territorio per i risarcimenti pagati ai pazienti che hanno subito danni.*

*Sul punto si rammenta che, ai sensi dell'art. 9 della legge n. 24/2017 (c.d. legge Gelli/Bianco), con riferimento alle strutture sanitarie pubbliche è stata attribuita alla giurisdizione esclusiva della Corte dei conti l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave di natura professionale, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, in caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria.*

*La norma detta criteri specifici per valorizzare le eventuali difficoltà di contesto e le situazioni di fatto di particolare complessità, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato.*

*Ebbene, proprio al fine di consentire alla Procura una valutazione attenta dei singoli casi, è stata avviata una proficua collaborazione con tutte le Aziende sanitarie affinché le segnalazioni di danni erariali siano sempre accompagnate dalle valutazioni di natura tecnica (eventuali CTU, Verbali delle commissioni di valutazione sinistri etc.) necessarie per contestualizzare le singole fattispecie sia in relazione alla loro natura clinica, sia in relazione al contesto in cui l'operatore sanitario ha svolto la sua funzione. Ciò al fine di perseguire solo quei comportamenti caratterizzati da una colpa professionale di tipo gravissimo ed imperdonabile che ha poi dato luogo al risarcimento pagato dall'Azienda. In questo senso differente è la valutazione del rapporto, da "contatto sociale" tra Azienda danneggiante e danneggiato che ha dato luogo al risarcimento e in cui viene in rilievo, innanzitutto, il nesso eziologico tra il danno subito e l'attività sanitaria espletata, e quello invece tra Erario danneggiato (dal risarcimento pagato dall'Azienda) e operatore sanitario, nel quale, stante l'accertato nesso eziologico, assume invece particolare rilievo la valutazione dell'elemento psicologico di quest'ultimo (la colpa grave*

professionale). Proprio la cennata differenza spiega perché, a fronte di plurime segnalazioni, pochissime sono invece le azioni di responsabilità incardinate.

Tratto da **"Il Libro bianco sulla corruption in Sanità"**, volume nel quale viene fotografata la *corruption* in Sanità da diversi punti di vista, pubblicato dall'Istituto per la promozione dell'Etica in Sanità ISPE/Sanità:

"IL FENOMENO

### **Analisi qualitativa**

- La corruzione in sanità rimane un fenomeno ampiamente oscuro in termini quantitativi, ma i suoi effetti sono evidenti. Negli anni recenti, la Corte dei Conti ha rilevato che in sanità "si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo" e che "il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriata organizzazione e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività".
- I fattori generali che favoriscono la corruzione sono la natura consensuale del crimine, l'assenza di vittime dirette, la distanza causale tra accordo e vittimizzazione, la sofisticazione degli schemi criminali e la commistione con altri fenomeni di mal-amministrazione.
- I drivers di corruzione in sanità sono 12, di cui quattro dal lato della domanda sanitaria, e otto dal lato dell'offerta sanitaria.

Dal lato della domanda: Incertezza o debolezza del quadro normativo, asimmetria informativa tra utente e Sistema Sanitario, elevata parcellizzazione della domanda sanitaria, fragilità nella domanda di servizi di cura.

Dal lato dell'offerta: forte ingerenza della politica nelle scelte tecnico-amministrative, elevata complessità del sistema, ampi poteri e discrezionalità nelle scelte aziendali e ospedaliere, basso livello di *accountability* del personale pubblico, bassi standard etici degli operatori pubblici, asimmetria informativa tra Sistema Sanitario e fornitori privati, crescita della sanità privata, scarsa trasparenza nell'uso delle risorse.

- In particolare emergono criticità dalla frammentazione del quadro regolamentare a livello regionale e sub-regionale; dall'abuso della decretazione di urgenza; dall'esplosione del contenzioso, giustificato o strumentale. Anche la nuova legge anticorruzione (L.190/12) e i decreti attuativi presentano elementi di criticità, riducendo alcune pene edittali - e di conseguenza i termini di prescrizione, ignorando alcune fattispecie penali, e non tutelando adeguatamente i *whistleblowers*.
- La complessità organizzativa ed il decentramento rendono più difficile effettuare i controlli, e genera una parcellizzazione delle risorse e moltiplicazione dei centri di potere discrezionale, anche ai livelli più bassi della struttura amministrativa.
- L'asimmetria informativa espone al rischio corruzione il cittadino, debole e poco informato rispetto al medico che agisce in sua vece rispetto al SSN, determinando la domanda e l'offerta sanitaria. L'asimmetria espone al rischio anche le aziende, soprattutto quelle che investono in R&D, che si trovano a confrontarsi con funzionari impreparati o incompetenti, limitando quindi le scelte del SSN sulla

base di criteri di selezione inadeguati, insufficienti, obsoleti o inutili, a seconda dei casi. L'infungibilità è un altro driver di rischio, perché permette di bypassare le procedure ad evidenza pubblica.

- L'affidamento ai privati convenzionati di porzioni sempre crescenti di sanità pubblica aumenta il rischio di corruzione a causa del conflitto naturale di interessi - di profitto per il privato e di riduzione dei servizi sanitari, idealmente investendo sulla prevenzione, e di costi da parte del SSN. La debolezza dei sistemi di controllo e l'elevato potere economico-politico che ruota attorno a tali affidamenti portano a schemi pericolosi di *grand corruption*, come si è visto in numerose regioni.
- La politica ha esondato in sanità, superando i normali confini di indirizzo e di controllo e di nomina dei soggetti apicali delle strutture sanitarie, alterando la buona amministrazione nei settori delle nomine, degli appalti e degli accreditamenti privati, in alcuni casi arrivando a controllare l'intero sistema sanitario regionale.
- Il senso civico e l'integrità del settore sanitario devono essere rafforzati. Il *whistleblowing*, ovvero il riportare situazioni illecite o sospette per prevenire la corruzione nella pubblica amministrazione, disciplinato dalla legge 190/12, viene considerato dagli intervistati nel settore sanitario come strumento di delazione - anziché prevenzione - e fonte di tensione tra il personale. "L'analisi strutturale della spesa sanitaria regionale [...] appalesa la necessità di una attenta promozione della cultura della legalità e dell'etica pubblica anche in questo settore", afferma la Relazione Garofalo.
- Il personale del sistema sanitario può approfittare di un basso livello di *accountability* per le proprie azioni, un incentivo a violare le regole. I sistemi interni di valutazione soffrono di corporativismo e autotutela che di fatto riducono la capacità di controllo. Le valutazioni dei dirigenti sono quasi sempre molto positive, indipendentemente dalla qualità dei servizi erogati o dai risultati della gestione economico-finanziaria dell'ente. Pur assistendo a una diffusione di codici di condotta e standard etici volontari, questi raramente contengono misure efficaci in termini di poteri d'indagine e sanzionatori, nonché di protezione per coloro che denunciano illegalità.
- La trasparenza, ad oggi, rimane una buona intenzione, anche se le recenti norme stanno spingendo in modo deciso verso una maggiore trasparenza della PA. Rimane il problema.

## **Analisi quantitativa**

Il tasso medio stimato di corruzione e frode in sanità è del 5,59%, con un intervallo che varia tra il 3,29 e il 10% (Leys e Button 2013). Per la sanità Italiana, che vale circa 110 miliardi di Euro annuo, questo si tradurrebbe in circa 6 miliardi di euro all'anno sottratti alle cure per i malati.

- Il rischio di corruzione nell'acquisto di dispositivi per terapia meccanica, radiologica, elettrica e fisica è pari al 11-14%, secondo uno studio di PriceWaterHouseCooper (PwC 2013).
- Nella percezione dei cittadini, la sanità (in particolare i servizi che seguono le gare e gli appalti) è un settore corrotto. Il 40% degli Italiani intervistati - contro il 30%

della media UE - ritiene che la corruzione sia diffusa tra coloro che lavorano nel settore della salute pubblica, percentuale che sale al 59% per i funzionari che aggiudicano le gare d'appalto (media UE 47%), superati solo dai politici a livello nazionale (67% Italia, 57% UE).

- Secondo il Bribe Payers Index 201110 la sanità si colloca al settimo posto, ma è probabilmente il settore in cui i cittadini, specie i più deboli, pagano, anche con la vita, i costi altissimi della corruzione.
- Lo spreco di denaro pubblico negli appalti pubblici corrotti o sospetti (i casi con sospetta corruzione) è pari al 18% del budget complessivo dell'appalto, di cui il 13% deriva dal costo diretto della corruzione, sostiene PWC.

## Le criticità

I casi analizzati nell'ambito di cinque ambiti (nomine, farmaceutica, procurement, negligenza, sanità privata) hanno evidenziato le seguenti problematiche:

- *NOMINE*: ingerenza politica, conflitto di interessi, revolving doors, spoil system, insindacabilità, discrezionalità, carenza di competenze;
- *FARMACEUTICA*: aumento artificioso dei prezzi, brevetti, comparaggio, falsa ricerca scientifica, prescrizioni fasulle, prescrizioni non necessarie, rimborsi fasulli;
- *PROCUREMENT*: gare non necessarie, procedure non corrette, gare orientate o cartelli, infiltrazione criminale organizzato, carenza di controlli, false attestazioni di forniture, inadempimenti-irregolarità non rilevate;
- *NEGLIGENZA*: scorrimento liste d'attesa, dirottamento verso sanità privata; false dichiarazioni (intramoenia); omessi versamenti (intramoenia);
- *SANITÀ PRIVATA*: mancata concorrenza, mancato controllo requisiti, ostacoli all'ingresso e scarso *turnover*, prestazioni inutili, false registrazioni drg, falso documentale."

In ambito sanitario, l'obiettivo primario è la salute dei cittadini che, in un sistema di programmazione e di controllo delle Aziende Sanitarie (Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere Universitarie e lo IOV-IRCSS) del sistema sanitario regionale, si proiettano verso una prospettiva manageriale che tiene conto dell'*efficacia* dei propri processi sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, e dell'*efficienza*, che invece considera l'economicità dei costi e l'ottimizzazione di tutti i fattori, compresi quelli tecnici. E' doveroso proteggere il "sistema sanità" dal dissesto economico e da tutte le interferenze di natura interna ed esterna, anche nelle realtà gestionali pubbliche più piccole, pena la continua violazione dei diritti costituzionali.

Il comportamento, inteso come la condotta nelle scelte, negli obiettivi e nel controllo delle prime e dei secondi, richiede la presa di consapevolezza di un agire all'interno della cosa pubblica secondo trasparenza, legalità, performance, ragionevolezza, accessibilità, tracciabilità e comprensibilità. Solo così i sottoinsiemi proteggono l'insieme "sistema sanità" e si può garantire l'accesso e la fruibilità di tutti i Diritti riconosciuti dalla nostra Carta Costituzionale.

Il "sistema sanità" è il maggior capitolo di spesa a carico delle Regioni ed è uno dei fondi a maggior impatto sulle finanze pubbliche italiane. Gestire questi fondi significa non solo

mettere al bando processi di sprechi, ma produrre salute secondo una logica di efficacia ed efficienza che deve tener conto non semplicemente del singolo, ma anche della collettività. Il sistema sanitario è caratterizzato da fattori di rischio unici e da una innata complessità che lo rendono particolarmente suscettibile alla corruzione. Ciò è dovuto ad una asimmetria informativa, a un largo numero di attori con interessi, ad un mix di attività privata e pubblica e all'ampia disponibilità di finanziamenti aggredibili.

La corruzione nel settore sanitario è molto più pericolosa che in altri settori. La corruzione viola i diritti degli individui e della comunità e quando questa penetra nel tessuto sanitario non crea solo un breakdown del sistema, ma colpisce profondamente gli outcomes e le performances. La corruzione nel settore sanitario ha impatti negativi sull'accesso ai servizi sanitari, sulle infrastrutture, sul finanziamento e sui determinanti sociali della salute stessa, comportando un'inflazione per i servizi sanitari. Perciò non si può ritenere che tali danni siano solo a carico della salute del singolo cittadino.

Adnkronos Salute) - Oltre 23 miliardi. E' il costo finale di corruzione, sprechi, inefficienze per la sanità italiana. In senso stretto la corruzione, in realtà, manda in fumo ogni anno circa 6,4 miliardi che generano un effetto moltiplicatore sull'intero sistema: la 'corruption' totalizza così 23,6 miliardi l'anno e può essere addirittura maggiore. Sono alcuni dati del Libro bianco Ispe-Sanità sulla 'Corruption' e il Rapporto Transparency-Risc su 'Corruzione e sprechi in sanità', presentati nel corso dell'Assise nazionale sull'etica in sanità pubblica, organizzato da Ispe Sanità (Istituto per la promozione dell'etica in sanità) e Transparency International con il supporto di Risc. In tema di corruzione in sanità la geografia conta. Da un'indagine europea dell'università di Gothenburg, riportata nel Libro bianco emerge che, su 18 Paesi, l'Italia occupa la III posizione per attendibilità dei media sulla corruzione, l'11esima per segnalazioni dei cittadini di "pagamenti di corrispettivi non dovuti" e 10ma nell'indicatore generale di "corruzione in istruzione, sanità e servizi pubblici".

La stessa indagine indica differenze regionali importanti nella sanità italiana; l'indicatore più generale di 'corruzione nei servizi pubblici' vede nelle posizioni più lusinghiere Bolzano (13), Valle d'Aosta (18) , Trento (20) e nelle ultime posizioni Sicilia (148), Calabria (154) e Campania (157).

L'attuale pandemia ha rimarcato le gravi conseguenze della corruzione sull'erogazione di servizi pubblici e sulla vita dei cittadini, poiché essa inficia inevitabilmente la risposta portando a una minore accessibilità e qualità dei servizi sanitari.

#### **4.2.2 Contesto interno**

L'Istituto Oncologico Veneto (IOV) è stato costituito con L.R. 22 dicembre 2005, n. 26. È un Ente a rilevanza nazionale, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, tecnica, patrimoniale e contabile ed opera in conformità agli obiettivi della programmazione della Regione Veneto costituendo parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del Sistema Sanitario della Regione Veneto.

L'istituto è stato riconosciuto Istituto di ricerca e Cura a Carattere Scientifico IRCCS, ai sensi del decreto legislativo 288/2003, da ultimo con con *DM 02.04.2020 (GU 107 24/04/2020)*. Lo IOV è, inoltre, riconosciuto dalla *Organization of European Cancer Institutes (OECI)* come *Comprehensive Cancer Centre*. *Nel 2020 è stata rinnovata la richiesta di rinnovo del riconoscimento come Comprehensive Cancer Center ad OECI, che ha svolto le attività di audit.*

Lo IOV IRCSS è il primo e unico Istituto del Veneto destinato in maniera specifica alla ricerca sul cancro e alla prevenzione, diagnosi e cura dei tumori, in conformità ai principi di cui al decreto legislativo n. 288/2003 nonché alle norme e disposizioni regionali di programmazione sanitaria, persegue principalmente le seguenti finalità:

- a) svolgere, nella disciplina di oncologia, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e in conformità alla programmazione nazionale e regionale, attività di prevalente ricerca biomedica e sanitaria e di assistenza sanitaria, di tipo clinico e traslazionale;
- b) trasferire i risultati validati della ricerca nei processi assistenziali del sistema sanitario regionale;
- c) elaborare ed attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- d) sperimentare e verificare forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario, nei rispettivi ambiti disciplinari;
- e) supportare tramite idonee modalità, le istituzioni di istruzione e formazione *pre e post lauream*;
- f) svolgere attività di studio e ricerca con attivazione di misure preventive, nelle aree con alta incidenza di tumori.

Nel quadro della programmazione SSR, dal 2014 lo IOV è stato designato dalla Regione Veneto fulcro della rete regionale veneta dei Centri di senologia (*Breast Unit*). Lo IOV ha inoltre consolidato il ruolo di centro *hub* di riferimento regionale per la patologia oncologica. È altamente qualificato per la diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica, per la gestione del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (PDTA) della neoplasia alla mammella, secondo standard riconosciuti a livello europeo.

Con specifico riferimento alla Rete Oncologica Veneta (ROV), la Regione del Veneto ha riconosciuto all'Istituto Oncologico Veneto (IOV-IRCCS) il ruolo di centro *Hub* per il coordinamento, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, delle attività di alta specializzazione ed eccellenza e per altre attività condotte per conto delle Aziende ULSS del territorio.

L'Istituto ha sede legale corrente in Padova con dotazione ospedaliera "Ospedale Busonera" e due sedi distaccate, una presso l'Ospedale San Giacomo di Castelfranco Veneto-TV e una presso l'Ospedale Santa Teresa di Calcutta di Schiavonia-PD.

L'organizzazione aziendale dello IOV è costituita da 1292 unità al 15.03.2022, di cui:

- n. 1095 dipendenti di cui n. 268 dirigenti medici, sanitari e tecnico-amministrativi e n. 827 personale infermieristico, tecnico-sanitario, personale tecnico di riabilitazione, OSS e personale tecnico-amministrativo;
- n. 163 non dipendenti;

- n. 34 personale Universitario in convenzione di cui n. 23 con funzioni assistenziali a carico del SSR.

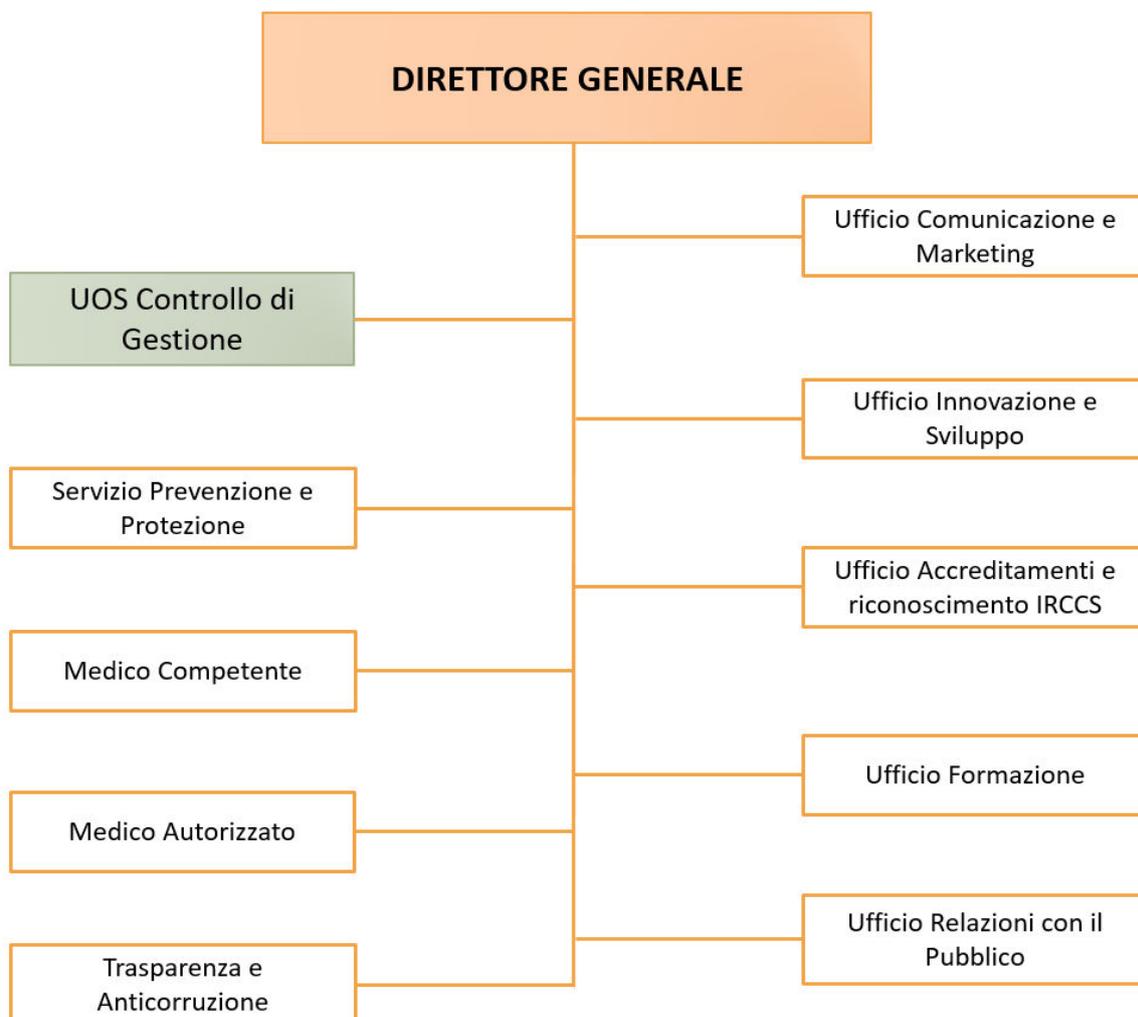
Continua il trend di incremento, rispetto agli anni precedenti, coerente con l'aumento dei volumi di attività e i programmi di sviluppo dell'Istituto presso le sedi di Castelfranco Veneto e Schiavonia e della attività di ricerca.

A tal fine lo IOV è stato autorizzato con DGRV n. 1748 del 29.11.2019 all'incremento della dotazione organica e dei fondi contrattuali.

Con deliberazione n. 668 del 8 ottobre 2020 è stato approvato l'aggiornamento dell'atto aziendale, adeguando la propria organizzazione aziendale alle nuove schede di dotazione ospedaliera approvate con DGRV 614 del 14 maggio 2019 secondo gli indirizzi di programmazione socio - sanitaria del Piano Socio Sanitario regionale 2019-2023.

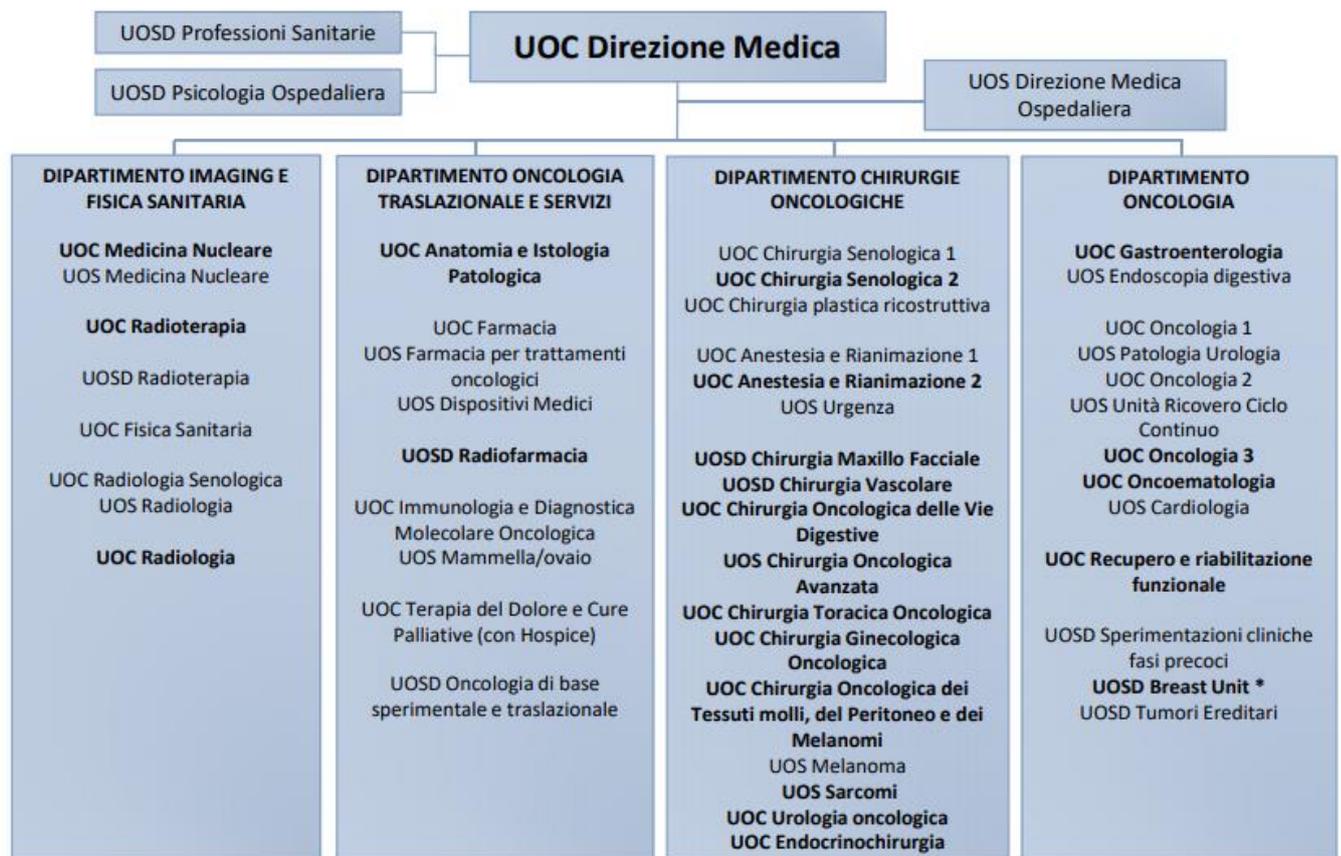
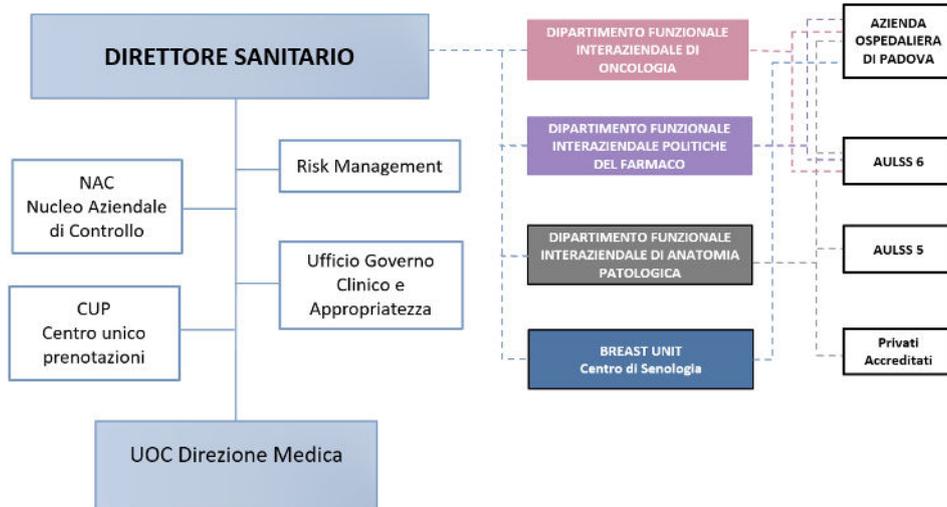
L'organizzazione dell'Istituto, approvata con Atto Aziendale è così strutturata:







## Area sanitaria



\* UOSD con dipendenza funzionale dal Dipartimento Funzionale Interaziendale di Oncologia

N.B. In **grassetto** le UU.OO. della Sede di Castelfranco Veneto

Con riferimento alle fonti di finanziamento della ricerca, la stessa è finanziata prevalentemente con fondi di ricerca corrente e con il finanziamento 5 per mille, progetti nazionali ed internazionali. Nel Piano aziendale della Performance vengono evidenziati i finanziamenti ricevuti per la ricerca nell'ultimo triennio. Negli anni, l'Istituto ha visto costantemente incrementare il finanziamento ministeriale per la Ricerca Corrente, che premia parametri quali produttività scientifica, sperimentazioni cliniche e qualità assistenziale. Nel 2015, in particolare, tale contributo ha superato per la prima volta i 3 milioni di euro (3.195.361,35) con un balzo del 20 per cento sull'anno precedente, nel 2016 è salito ulteriormente a 3.305.976,86 euro, nel 2018 ad € 3.684.401,73; nel 2019 ad € 3.230.000,00 e nel 2020 ad € 4.031.585,96; nel 2021 si è attestato per € 5.190.396,46. Un andamento questo che colloca lo IOV ai vertici nazionali della produttività scientifica, specie in rapporto al numero dei ricercatori impiegati.

L'Istituto opera in un settore, quello dei servizi sanitari, che, come evidenziato dallo stesso Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'ANAC, presenta caratteristiche del tutto peculiari in considerazione di fattori, quali l'entità delle risorse gestite e le particolari dinamiche che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici, le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario, che lo espongono a rischi specifici sotto il profilo delle potenziali fattispecie di illegalità che possono svilupparsi nel suo ambito.

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, nel triennio 2022-2024, si propone di intervenire sulle macro aree strategiche definite in continuità con la programmazione regionale ed aziendale e con gli indirizzi previsti dalla DGRV 614/2019 che ha definito le schede di dotazione ospedaliera dell'Istituto. Con il documento del Piano delle performance sono stati individuati obiettivi strategici.

Il documento è stato predisposto in attesa della definizione degli obiettivi regionali per l'anno 2022. Tali obiettivi saranno opportunamente integrati nel ciclo della performance aziendale non appena saranno definiti dalla programmazione regionale.

Le aree strategiche con i relativi pesi ed obiettivi approvate nel Piano della Performance 2022-2024 e del documento di Direttive 2022, rispettivamente approvati con deliberazioni del Direttore Generale n.83 del 28/01/2022 e n. 196 del 25/02/2022 sono consultabili

[https://www.ioveneto.it/wp-content/uploads/2022/01/Piano\\_Performance\\_2022\\_2024\\_merged.pdf](https://www.ioveneto.it/wp-content/uploads/2022/01/Piano_Performance_2022_2024_merged.pdf).

## La mappatura dei processi

Costituisce l'individuazione e analisi dei processi organizzativi.

Sotto il versante dell'analisi dei processi, al fine di garantire la redazione di un Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza il più possibile aderente alla realtà istituzionale, è stato avviato un iter di rilevazione delle attività che possono risultare di interesse per le finalità di cui alla Legge n. 190 del 2012 e che si protrarrà per il triennio 2022-2023-2024, tenuto conto della recente implementazione del personale amministrativo in dotazione allo IOV e del forte *turnover* dello stesso che non ha garantito continuità e conoscenza dello sviluppo dei processi nel tempo.

E' in corso di acquisizione un applicativo per incrementare il grado di automazione e digitalizzazione dei processi per consentire di aumentare l'efficacia, l'efficienza dei processi amministrativi e il coordinamento delle attività di monitoraggio con il sistema dei controlli interni, nonché di soddisfare esigenze di semplificazione, così come previsto negli "Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza" approvato da ANAC in data 2 febbraio 2022.

L'obiettivo della mappatura: l'intera attività svolta dall'amministrazione viene gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura del processo avviene attraverso:

- elencazione dei processi o macro – processi;
- individuazione delle responsabilità e delle strutture organizzative che intervengono;
- individuazione del/dei process owner
- indicazione dell'origine del processo (input) e del risultato atteso (output);
- descrizione della sequenza delle attività poste in essere, evidenziando tempi, vincoli, risorse e interrelazioni tra i processi e individuazione dei rischi;
- il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative;
- descrizione dei controlli relativi alle diverse fasi, se previsti;
- indicazione delle criticità eventualmente emerse durante la mappatura;
- misure di trattamento del rischio;
- monitoraggio e riesame.

Tale mappatura è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio.

Fondamentale il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali.

L'identificazione dei processi IOV utilizzata nel presente Piano è quella generata da Internal audit delle Aziende del SSR. La lista dei processi viene allegata al presente Piano. Continuerà ad essere sviluppato nel triennio 2022-2023-2024 un approfondimento graduale di ulteriori elementi di descrizione dei processi, fino al raggiungimento della completezza della descrizione del processo.

L'individuazione delle aree di rischio si pone in linea con quanto evidenziato dalla Determinazione n. 12/2015 di ANAC e ha la finalità di focalizzare l'attenzione su quegli ambiti all'interno dell'attività dell'intera Azienda che debbono essere presidiati più di altri mediante l'attuazione di misure di prevenzione.

La predetta determinazione, che qui si recepisce adattandola al contesto particolare dell'Istituto, prevede l'analisi di aree di rischio generali, comuni a tutti gli Enti pubblici, cui si aggiungono aree di rischio specifiche per l'ambito sanitario in cui l'Istituto opera.

**L'elenco delle aree di rischio generali** è contenuto nella seguente tabella:

<b>CLASSIFICAZIONE</b>	<b>DESCRIZIONE AREE A RISCHIO</b>
<b>A</b>	Acquisizione e gestione del personale
<b>B</b>	Contratti pubblici
<b>C</b>	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari <b>privi</b> di effetti economici diretti ed immediati.
<b>D</b>	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari <b>con</b> effetti economici diretti ed immediati.
<b>E</b>	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
<b>F</b>	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
<b>G</b>	Incarichi e nomine
<b>H</b>	Affari legali e contenzioso
<b>I</b>	Provvedimenti restrittivi della sfera giuridica dei destinatari
<b>L</b>	Pianificazione e programmazione

**Le aree di rischio specifiche per il settore sanitario**, esse sono di seguito indicate:

<b>CLASSIFICAZIONE</b>	<b>DESCRIZIONE AREE A RISCHIO</b>
<b>M</b>	Attività libero professionale
<b>N</b>	Liste di attesa
<b>O</b>	Gestione dei sinistri in autoassicurazione
<b>P</b>	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie
<b>Q</b>	Ricerca scientifica in ambito medico, sperimentazioni e sponsorizzazioni
<b>R</b>	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Con riferimento alle modalità ed ai termini di attuazione delle misure atte a scongiurare i rischi delineati, esse si svolgeranno secondo procedure interne a ciascuna struttura, formalizzate al RPCT dal Dirigente responsabile.

I termini di monitoraggio del RPCT si identificano, indicativamente, al 30.6 e al 31.12 dell'anno corrente, fatte salve tutte le azioni di verifica e controllo ritenute opportune nel corso dell'anno stesso, tenuto conto comunque dell'emergenza sanitaria dovuta al Covid 19.

## **5 IL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO- LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

Secondo le previsioni delle regole ISO, per far sì che la gestione del rischio sia efficace, un'organizzazione dovrebbe, a tutti i livelli, seguire i principi riportati qui di seguito.

### **a) La gestione del rischio crea e protegge il valore.**

La gestione del rischio contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi ed al miglioramento della prestazione, per esempio in termini di salute e sicurezza delle persone, *safety*, rispetto dei requisiti cogenti, consenso presso l'opinione pubblica, protezione dell'ambiente, qualità del prodotto gestione dei progetti, efficienza nelle operazioni, governance e reputazione.

### **b) La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione.**

La gestione del rischio non è un'attività indipendente, separata dalle attività e dai processi principali dell'organizzazione. La gestione del rischio fa parte delle responsabilità della direzione ed è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, inclusi la pianificazione strategica e tutti i processi di gestione dei progetti e del cambiamento.

### **c) La gestione del rischio è parte del processo decisionale.**

La gestione del rischio non è un'attività meramente ricognitiva, ma deve supportare concretamente la gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e deve interessare tutti i livelli organizzativi.

La gestione del rischio: aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra linee di azione alternative; implica l'assunzione di responsabilità in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi. Le scelte in tal senso e le relative responsabilità riguardano, in particolare gli organi di indirizzo, i responsabili di struttura e il RPCT.

### **d) La gestione del rischio tratta esplicitamente l'incertezza.**

La gestione del rischio tiene conto esplicitamente dell'incertezza, della natura di tale incertezza e di come può essere affrontata. Non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive ed è ispirata al criterio della prudenza.

### **e) La gestione del rischio è sistematica, strutturata e tempestiva.**

Un approccio sistematico, tempestivo e strutturato alla gestione del rischio contribuisce all'efficienza e a risultati coerenti, confrontabili ed affidabili. È realizzata assicurando l'integrazione con gli altri processi di programmazione e gestione.

### **f) La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili.**

Gli elementi in ingresso al processo per gestire il rischio si basano su fonti di informazione quali dati storici, esperienza, informazioni di ritorno dai portatori d'interesse, osservazioni, previsioni e parere di specialisti. Tuttavia, i responsabili delle decisioni dovrebbero informarsi, e tenerne conto, di qualsiasi limitazione dei dati o del modello utilizzati o delle possibilità di divergenza di opinione tra gli specialisti.

**g) La gestione del rischio è "su misura".**

La gestione del rischio è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione.

**h) La gestione del rischio tiene conto dei fattori umani e culturali.**

Nell'ambito della gestione del rischio individua capacità, percezioni e aspettative delle persone esterne ed interne che possono facilitare o impedire il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

**i) La gestione del rischio è trasparente e inclusiva.**

Il coinvolgimento appropriato e tempestivo dei portatori d'interesse e, in particolare, dei responsabili delle decisioni, a tutti i livelli dell'organizzazione, assicura che la gestione del rischio rimanga pertinente ed aggiornata. Il coinvolgimento, inoltre, permette che i portatori d'interesse siano opportunamente rappresentati e che i loro punti di vista siano presi in considerazione nel definire i criteri di rischio.

**j) La gestione del rischio è dinamica.**

La gestione del rischio è sensibile e risponde al cambiamento continuamente. Ogni qual volta accadono eventi esterni ed interni, cambiano il contesto e la conoscenza, si attuano il monitoraggio ed il riesame, emergono nuovi rischi, alcuni rischi si modificano ed altri scompaiono.

**k) La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.**

La gestione del rischio è un processo di miglioramento continuo e graduale: da un lato, deve tendere alla completezza e al massimo rigore nella analisi, valutazione e trattamento del rischio; dall'altro, deve tener conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi.

In base alle "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" contenute nell'Allegato n. 1 del PNA 2019, in cui si fa chiarezza sulle tipologie di approccio (qualitativo, quantitativo o misto) utilizzabile per stimare in maniera più circostanziata l'esposizione da parte delle organizzazioni ai rischi corruttivi, ogni Amministrazione e quindi anche lo IOV, effettua:

1. la scelta dell'approccio valutativo;
2. l'individuazione dei criteri di valutazione;
3. la rilevazione dei dati;
4. la formulazione di giudizio sintetico.

Nell'ambito del punto n. 1 lo IOV si è orientato, a decorrere dal 2020, in adesione al criterio suggerito da A.N.AC., a superare la metodologia basata su un orientamento di tipo quantitativo/numerico, utilizzata nei piani precedenti, e ad intraprendere, altresì, un approccio di tipo "qualitativo", al fine di stimare, così, l'eventuale rischio corruttivo su motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, e su specifici criteri discostanti dall'Allegato 5 del PNA 2013, che individuava un metodo di tipo quantitativo.

L'analisi del rischio, da questo punto in poi, quindi, viene concentrata sulla ponderazione degli eventi rischiosi in relazione al contesto di riferimento, la cui valutazione, in termini di eventuali conoscenze, segnalazioni, competenze, professionalità afferenti alle attività svolte, stato di permanenza nella medesima occupazione, etc., va intesa in capo ai singoli soggetti responsabili.

## **La valutazione del rischio si articola in 3 fasi**

1. **L'identificazione del rischio:** individuazione dei comportamenti o fatti (anche ipotetici) che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo (fonti informative: procedimenti disciplinari, segnalazioni, report di uffici di controllo, ecc.; interviste/incontri con il personale, *workshop* e *focus group*, *benchmarking* con amministrazioni simili; ecc.);
2. **Analisi del rischio** al fine di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati (attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione) e stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio;
3. **Ponderazione del rischio**, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, per definire:
  - a) le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
  - b) le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

### **5.1 Identificazione**

L'intero processo di gestione del rischio si deve fondare sulla partecipazione ed il coinvolgimento, oltre che dei Referenti, dei Responsabili, dei Dirigenti delle strutture aziendali, anche di tutti coloro che in concreto svolgono le attività oggetto di analisi.

Si ritiene di ricorrere, anche per l'anno 2022, a forme di autovalutazione da parte dei Responsabili delle Unità Operative coinvolte nello svolgimento del processo (cd *self assessment*) le cui valutazioni devono esplicitare le motivazioni del giudizio espresso e fornire le evidenze a supporto. Il RCPT ha il compito di vagliare le valutazioni dei responsabili.

Considerata la complessità delle attività svolte dall'Istituto, e data la essenziale flessibilità e modificabilità del Piano, che deve essere resiliente alla concreta esperienza applicativa, la rilevazione suddetta sarà costantemente aggiornata e sarà soggetta ad aggiornamento periodico.

Con riferimento al sistema di controllo preventivo da costruire in relazione al rischio di commissione delle fattispecie di reato previste dalla legge 190/2012, il modello da raggiungere nel corso del tempo è rappresentato da un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non fraudolentemente. In altre parole il modello

organizzativo e le relative misure devono essere tali che l'agente non solo dovrà "volere" l'evento reato, ma potrà attuare il suo proposito criminoso soltanto aggirando fraudolentemente le indicazioni dell'Istituto. L'insieme delle misure che l'agente, se vuole delinquere, sarà costretto a "forzare" dovrà essere realizzato in relazione alle specifiche attività dell'ente considerate a rischio ed ai singoli reati ipoteticamente collegabili alle stesse.

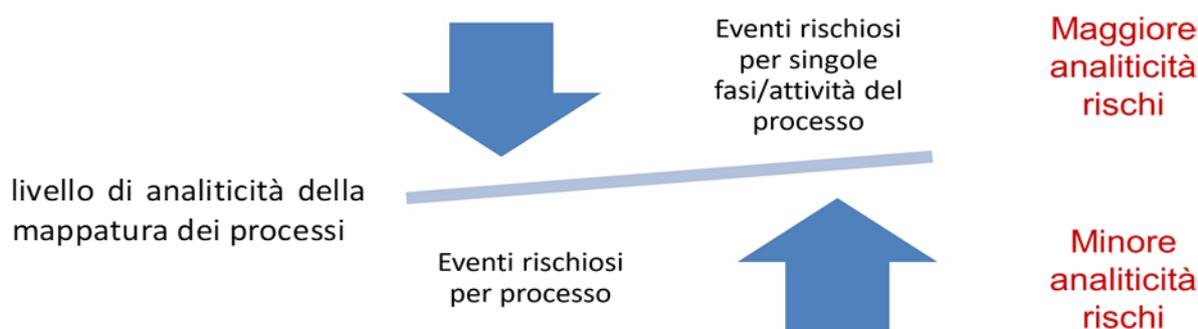
## Fonti informative utilizzabili per l'identificazione degli eventi rischiosi

- a) le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno realizzate nelle fasi precedenti;
- b) le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- c) l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni/ enti simili;
- d) incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
- e) le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno, individuate nel presente Piano;
- f) le segnalazioni ricevute tramite il canale del *whistleblowing* o tramite altra modalità (es. segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT);
- g) le esemplificazioni elaborate dall'Autorità per il comparto sanità;
- h) il registro di rischi da realizzare nel 2022.

## Il registro dei rischi

L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla creazione di un "registro degli eventi rischiosi", nel quale saranno riportati gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione. Il registro è oggetto dell'implementazione dell'applicativo in corso di acquisizione.

Per ogni processo sarà individuato almeno un evento rischioso in relazione:



## 5.2 L'analisi del rischio corruttivo

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo: il primo è quello di pervenire a un'analisi approfondita degli eventi rischiosi identificati attraverso l'analisi dei c.d. fattori abilitanti della corruzione, il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

### **Fattori abilitanti del rischio corruttivo:**

- a) mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli): in fase di analisi viene verificato se siano già stati predisposti – ma soprattutto efficacemente attuati – strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;
- b) mancanza di trasparenza;
- c) eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- d) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- e) scarsa responsabilizzazione interna;
- f) inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- g) inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- h) mancata attuazione del principio di separazione di funzioni di “programmazione o di governo” dalle funzioni di gestione.

### **Gli indicatori di stima del livello di rischio:**

- a) livello di interesse “esterno”: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- b) grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- c) manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- d) opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- e) livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- f) grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi

Dalla valutazione combinata dei fattori abilitanti e degli indicatori di stima, scaturisce la metodologia *Key Risk Indicators* (KRI), utilizzata per la misurazione del rischio, articolata

su una scala di n. 3 livelli di rischio, in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti:

- **ALTO**
- **MEDIO**
- **BASSO**

#### **4.3 La ponderazione del rischio**

In base alle indicazioni dell'Allegato n. 1 del PNA 2019, la fase della ponderazione del rischio consiste nell' *«agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione»*.

Appare necessario, a questo punto, prendere in considerazione sia le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione del rischio, sia le priorità di trattamento dei rischi, in coerenza con gli obiettivi dell'Amministrazione e con il contesto in cui la stessa opera. A tal scopo, in aderenza alla norma UNI ISO 37001:2016, nell'anno 2021, sarà proseguita l'analisi dei dati raccolti dalle precedenti mappature dei processi e dalle risultanze dei monitoraggi anticorruzione e trasparenza intrapresi negli anni passati, in chiave di superamento delle criticità riscontrate. La norma UNI ISO 37001:2016, in linea con le fonti normative in materia, infatti, si orienta nella prevenzione della corruzione attraverso possibili **azioni**, da attivarsi contestualmente, compatibilmente con le risorse organizzative a disposizione:

- nel fissare obiettivi collegati alla prevenzione della corruzione e comunicarli a tutto il personale in modo chiaro;
- nell'investimento in adeguate risorse di supporto;
- nel reclutamento di personale con adeguate competenze;
- nella formazione di tutto il personale per creare una cultura organizzativa contraria alla corruzione;
- nella gestione e il controllo dei flussi di comunicazione, sia interni che in ingresso/uscita;
- nella predisposizione di adeguata documentazione finalizzata a rendere più efficace il controllo del rischio e di migliorare la diffusione di prassi, procedure e comportamenti coerenti con la politica di prevenzione della corruzione;
- nei controlli sulla conformità dei processi ai criteri identificati per contenere i rischi di corruzione;
- nella conservazione di tracce documentate sugli esiti dei controlli in modo da avere evidenza che i processi vengano svolti come pianificato.

## **6 IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO**

“Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, le misure che si intendono adottare complessivamente rispondono ai requisiti previsti dall'Allegato 1 del PNA 2019 che sono così sintetizzabili:

- controllo

- trasparenza
- definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
- regolamentazione
- semplificazione 6 UNI ISO 31000:2010
- formazione
- sensibilizzazione e partecipazione
- rotazione
- segnalazione e protezione
- disciplina del conflitto di interessi
- regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies)

Con riferimento a questa elencazione lo IOV intende concentrarsi in modo particolare sulle misure che abbiano come scopo principale la semplificazione amministrativa contestuale alla promozione dell'etica.

### **L'individuazione e programmazione delle misure**

Stanti i riferimenti ai monitoraggi effettuati dal RPCT e di cui si dà conto nel presente Piano, in analogia con il percorso intrapreso e con quanto indicato dall'Autorità, le misure individuate per abbattere il rischio corruttivo, nel triennio 2022-2023-2024, seguono la seguente classificazione;

1. Misure generali e obbligatorie
2. Misure specifiche

Le **misure generali** che si intendono adottare con il presente provvedimento, in ottemperanza al PNA, sono di seguito sintetizzate:

- trasparenza
- codice di comportamento
- rotazione del personale
- rotazione straordinaria del personale
- misure di disciplina del conflitto di interesse
- svolgimento di attività e incarichi extraistituzionali
- inconfiribilità/incompatibilità
- pantouflage
- patti di integrità negli affidamenti
- formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.
- tutela del Whistleblower
- formazione del personale

Esse hanno carattere trasversale e coinvolgono la generalità delle strutture. Nel corso dell'anno, ne verrà verificata l'attuazione, su programmazione e controllo a cura della RPCT, e secondo le indicazioni individuate nella metodologia di verifica di cui al presente Piano.

### **TRASPARENZA**

Per gli aggiornamenti intervenuti nell'anno 2021/22 e per la programmazione relativa alla Trasparenza si rinvia alla seconda sezione del presente Piano, tenendo in debita considerazione che il PNA 2019 pone particolare attenzione sulla qualità dei dati pubblicati

e sui rapporti fra trasparenza e la tutela dei dati personali, con particolare attenzione ai principi previsti dall'art. 5 del Regolamento (UE) n. 679/2016.

Il RPCT nominato dall'istituto Oncologico Veneto svolge anche compiti in materia di privacy, consentendo in tal modo importanti sinergie.

### **CODICE DI COMPORTAMENTO**

Lo IOV-IRCCS ha adottato, ai sensi dell'art. 54, co. 5 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV, il codice di comportamento dei dipendenti.

Il Codice di comportamento è stato redatto tenendo conto del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR n. 62 del 2013 e delle Linee Guida adottate dall'A.N.A.C. con deliberazione n. 75 del 2013, ed è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 568 del 27.09.2018.

Il Codice si applica a tutto il personale dipendente dell'Istituto, compreso quello con qualifica dirigenziale, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale.

Gli obblighi di condotta previsti dal Codice, sono estesi, in quanto compatibili, a tutti i collaboratori o consulenti (con qualsiasi tipologia di contratto o incarico ed a qualsiasi titolo), nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze e dei servizi, l'Istituto inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice.

Vigilano sull'applicazione del Codice, ai sensi dell'art. 54, comma 6, del D. Lgs. n. 165 del 2001, i dirigenti responsabili di ciascuna struttura e l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (art. 17 del Codice di Comportamento dello IOV).

Il controllo sul rispetto dei codici da parte dei dirigenti, nonché sulla mancata vigilanza da parte di questi ultimi sull'attuazione dei codici presso le loro strutture, è svolto dal soggetto sovraordinato che attribuisce gli obiettivi ai fini della misurazione e valutazione della performance, con la conseguente incidenza sulla determinazione ed erogazione della retribuzione di risultato.

È regolarmente costituito l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Il Codice di comportamento costituisce una delle principali misure di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione, all'interno dell'Amministrazione ed elemento essenziale del PTPC.

Ai sensi di quanto previsto dal comma 7 dell'art. 54, D. Lgs. n. 165/2001 e delle previsioni di cui al comma 1, art. 15 del Codice di comportamento, il RPCT effettua annualmente il monitoraggio sull'applicazione del Codice di comportamento.

Il PNA 2019, da ultimo, oltre a ribadire l'importanza di tale misura di prevenzione della corruzione e a fare il punto sulla stessa, sottolinea la stretta connessione tra le misure di prevenzione previste dal PTPCT e i doveri di comportamento dei dipendenti, richiama l'opportunità che le amministrazioni attendano l'adozione delle nuove Linee guida, prima di procedere ad una revisione dei propri codici.

Con delibera ANAC n. 177 del 19.02.2020 sono state approvate le nuove linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche; nel corso del 2022 dovrà essere elaborato dalla UOC Gestione Risorse Umane condiviso con il RPCT la bozza di nuovo Codice di comportamento per il recepimento delle predette linee guida.

### **LA ROTAZIONE DEL PERSONALE**

L'applicazione del principio di rotazione nell'ambito sanitario presenta particolari criticità, specie in enti dall'organico esiguo e altamente specialistico come l'Istituto.

Come evidenziato nella sezione Sanità del PNA 2016 e nel PNA 2018, il settore clinico è sostanzialmente vincolato non solo dal possesso di titoli e competenze ma anche da *expertise* consolidate che inducono a considerare un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi, professionali, tecnici richiedono anch'essi in molti casi competenze specifiche.

Vista, inoltre, la particolare limitatezza della dotazione organica dirigenziale, in particolare dell'area professionale, tecnico-amministrativa, e il frequente turn over anche del personale del comparto, il processo di rotazione potrà essere consolidato nel momento in cui la dotazione stessa sarà implementata, procedendosi comunque alla cd. segregazione di funzioni, che comporta il frazionamento delle fasi della procedura e la riconduzione di ciascuna in capo a soggetti distinti.

Quando saranno verificati i presupposti per consolidare la rotazione del personale, dovrà essere approvata una disciplina specifica con un provvedimento ad hoc, elaborato di concerto con le strutture interessate.

In sintonia con le indicazioni dell'Autorità, quindi, è demandato a specifico provvedimento del Direttore Generale di adozione di un Piano di rotazione del personale nel rispetto dei criteri di cui al citato Allegato 2 del PNA 2019.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza può, in ogni momento, comunque sottoporre richiesta di ottenere un report sulle misure adottate ai Responsabili delle strutture/unità.

### **La rotazione straordinaria del personale**

introdotta dall'articolo 16, comma 1, lettera l-quater del Testo Unico sul pubblico impiego (D. Lgs. n. 165/2001), che tra i compiti e i doveri dei dirigenti prevede anche che gli stessi *"provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva"*, misura applicabile a specifici casi individuali, dopo il verificarsi dell'evento corruttivo.

I Dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture procedono, comunque, alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva (cd. rotazione straordinaria).

In ordine a tale istituto, l'A.N.AC. è intervenuta con la Delibera n. 215 del 26 marzo 2019, ad oggetto *"Linee guida Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 45 2001"* fornendo alle amministrazioni, tra l'altro, indicazioni sia sull'ambito soggettivo di applicazione, sia sull'ambito oggettivo, che si richiamano integralmente.

## **MISURE di DISCIPLINA del CONFLITTO DI INTERESSI**

Tutti i dipendenti, il personale convenzionato e i collaboratori a qualsiasi titolo sono tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in caso di conflitto di interessi previsto dalle norme vigenti, ed in particolare nei casi previsti dall'art. 6 bis nella L. n. 241/90, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge 190/2012, dagli articoli 42 e 80 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., nonché dagli artt. 5, 6, 7 e 13 del Codice di comportamento nazionale e di quello aziendale, e a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto, secondo le modalità stabilite nel Codice di comportamento aziendale.

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza, attraverso una dichiarazione scritta da inviarsi al proprio responsabile.

Il soggetto destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono, comunque, l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, lo stesso dovrà essere affidato ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile della struttura dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

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

Per conflitto di interesse, reale o potenziale oppure apparente, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che sia o possa risultare o appaia di pregiudizio per l'Istituto, in particolare quanto al danno all'immagine.

I Responsabili delle unità organizzative devono provvedere a trasmettere tempestivamente le segnalazioni di astensione ricevute dal personale afferente la propria struttura al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

### ***MONITORAGGIO DEI RAPPORTI FRA L'AMMINISTRAZIONE ED I SOGGETTI CON I QUALI HA RAPPORTI AVENTI RILEVANZA ECONOMICA***

I Referenti del RPCT e gli altri dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture provvedono a monitorare, determinandone le modalità, i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori in relazione agli importi economici in gioco.

Di tali adempimenti dovrà essere data periodicamente evidenza alla Direzione generale e al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza.

## **SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ E INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI**

Lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questi motivi, la Legge n. 190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001.

L'Istituto Oncologico Veneto ha adottato il Regolamento per lo svolgimento di incarichi extraistituzionali e sulla disciplina delle incompatibilità ai sensi dell'art. 53 del d. lgs. 165/2001 e ss.mm.ii, approvato con delibera del Direttore Generale n. 561 del 27/09/2018.

Quanto alle attività e incarichi extra-istituzionali, fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per il personale dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento di incarichi e attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'Istituto è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e dalle altre norme di legge ivi richiamate.

I Responsabili di struttura, ai fini della formulazione del parere/nulla osta di competenza, devono verificare e valutare l'assenza di situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, tra l'attività extra-istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività e al rilascio del provvedimento, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio per fatti di natura corruttiva; l'omesso versamento all'amministrazione, nei termini dalla medesima stabiliti, del compenso indebitamente percepito per lo svolgimento di incarichi/attività non autorizzata o comunque non autorizzabile, è fonte di responsabilità erariale in capo al dipendente indebito percettore.

Alla stregua delle modifiche apportate dalla legge 190/2012:

- i dipendenti sono tenuti a comunicare formalmente all'Ente anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, utilizzando l'apposito modulo di comunicazione allegato al regolamento aziendale;
- l'irrogazione di sanzioni disciplinari per fatti di natura corruttiva costituisce causa ostativa al conferimento di incarichi aggiuntivi e/o allo svolgimento di incarichi/attività extra-istituzionali di cui all'art. 53, d.lgs. 165/2001.

## **INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI**

Il D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante "*Disposizioni in materia di inconferibilità degli 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*" individua agli articoli 3 e ss. le fattispecie di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, disponendo, all'articolo 17, la nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni in esso contenute e, all'articolo 19, la decadenza dai medesimi in caso di incompatibilità.

L'articolo 18 del D. Lgs. n. 39/2013 succitato, prevede, inoltre, le sanzioni da applicare nei casi di conferimento di incarichi poi dichiarati nulli, stabilendo, al co. 2, che "I

componenti degli organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli non possono per tre mesi conferire gli incarichi di loro competenza”.

Sulla materia è intervenuta altresì la delibera A.N.AC. n. 833 del 3 agosto 2016 "*Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili*" che specifica, tra l'altro, conformemente all'orientamento giurisprudenziale determinatosi sul tema, il ruolo del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza all'interno del D. Lgs. n. 39/13, quale soggetto titolare di una generale funzione di vigilanza sul rispetto delle disposizioni di cui al predetto decreto ed unico soggetto deputato ad avviare il procedimento di contestazione della situazione di irregolare conferimento di un incarico per violazione della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità, obbligato, al contempo, a segnalare tali violazioni direttamente all'A.N.AC.

### ***Ruolo del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza***

Secondo quanto specificato dalle *predette Linee Guida* l'attività svolta dal RPCT, si compone di due distinti accertamenti:

- 1) il primo di tipo oggettivo, avente ad oggetto l'accertamento della violazione delle disposizioni sulle inconferibilità;
- 2) il secondo destinato a valutare l'elemento psicologico della colpevolezza in capo all'organo che ha conferito l'incarico, ai fini dell'eventuale applicazione della sanzione interdittiva di cui all'art. 18 del del D. Lgs. n. 39/2013.

Il RPCT è il soggetto cui la legge, riconosce il potere di avvio del procedimento di accertamento e di verifica della sussistenza della situazione di inconferibilità, di dichiarazione della nullità dell'incarico, nonché il successivo potere sanzionatorio nei confronti degli autori della nomina dichiarata nulla perché inconferibile.

Accertata, quindi, la sussistenza della causa di inconferibilità dell'incarico, il RPCT dichiara la nullità della nomina e procede alla verifica dell'elemento soggettivo del dolo o della colpa, anche lieve, in capo ai soggetti che all'atto della nomina componevano l'Organo che ha conferito l'incarico, ai fini della applicazione della sanzione inibitoria prevista all'art. 18.

Come chiarito dalla giurisprudenza amministrativa, a fronte della accertata violazione delle norme in tema di inconferibilità, il RPCT è tenuto a dichiarare la nullità dell'incarico conferito: tale potere ha natura vincolata, in quanto correlato al mero riscontro della inconferibilità dell'incarico.

Le Linee Guida si soffermano inoltre sui compiti del RPCT nell'avvio del procedimento di accertamento della causa di incompatibilità. In relazione a tale ipotesi, l'art. n. 19 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 RPCT, dell'insorgere della causa di incompatibilità. Anche in questo caso l'accertamento è di tipo oggettivo, essendo sufficiente il mero accertamento della sussistenza di una causa di incompatibilità.

La violazione delle disposizioni del D. Lgs. n. 39/2013 costituisce una delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione che, in base all'art. 1, co. 7, della Legge n. 190/2012, come modificata dal D. Lgs. n. 97/2016, il RPCT deve segnalare all'Organo di indirizzo e all'OIV, indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti responsabili della scorretta attuazione della misura.

### ***Procedura di contestazione della sussistenza di una causa di inconferibilità o di incompatibilità da parte del RPCT***

In ordine alla contestazione della sussistenza di una causa di inconferibilità o di incompatibilità da parte del RPCT e al relativo iter procedimentale, ai sensi del D. Lgs. n. 39/2013, si tiene conto di quanto previsto dalla Delibera A.N.AC. n. 833/2016, con possibilità di eventuale adozione di specifico procedimento da parte del RPCT.

### ***ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL SERVIZIO pantouflage***

Il comma 16-ter dell'articolo 53 del D. Lgs. n. 165 del 2001, inserito dalla Legge n. 190/2012, prevede che:

*"I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti."*

Sulla ratio della norma si rinvia alla Delibera A.N.AC. del 8 febbraio 2017, n. 88.

Destinatari del divieto sono tutti i dipendenti che per il ruolo o la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 36, comma 2 del d.lgs 50/2016).

Tali soggetti, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con la pubblica amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione, e, quindi, anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione, non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari dell'attività dal dipendente nell'esercizio dei suoi poteri autoritativi o negoziali.

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

La violazione del divieto comporta l'applicazione delle seguenti sanzioni:

- **sanzioni sull'atto:** nullità dei contratti di lavoro conclusi e degli incarichi conferiti in violazione del divieto;
- **sanzioni nei confronti dei trasgressori:** i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono avere rapporti contrattuali con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti ed accettati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

Pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso in caso di violazione.

Con riferimento a tale condizione ostativa, i Responsabili delle strutture competenti *ratione materiae* devono assicurare che:

- in tutti i contratti di assunzione del personale o di affidamento degli incarichi rientranti nell'ambito di applicazione del D. Lgs. 39/2013 venga inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla data di cessazione del rapporto di lavoro o dell'incarico con l'Ente, nei confronti dei soggetti privati destinatari, nell'ultimo triennio di servizio, dell'attività svolta dal dipendente o dal soggetto equiparato ai sensi dell'art. 21 del citato D.Lgs. 39/2013, nell'esercizio di poteri autoritativi e negoziali;
- nei bandi di gara e negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita, a pena di esclusione dalla procedura, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o comunque di non aver attribuito incarichi, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto, ad ex dipendenti dell'Ente o soggetti equiparati ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 39/2013 che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego.

La medesima clausola deve essere inserita negli atti di affidamento diretto della fornitura di beni e servizi e negli atti di convenzionamento con strutture private.

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

Il PNA 2019, dedica alla fattispecie del ***pantouflage*** (*post-employment*) particolare attenzione.

L'Autorità infatti, fa il punto sull'istituto, dettando chiarimenti con riferimento all'ambito di applicazione, alla identificazione dei "poteri autoritativi e negoziali", alla nozione di "soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione, al regime sanzionatorio.

Da ultimo, sul punto è d'uopo ricordare che il Consiglio di Stato, definitivamente pronunciandosi con sentenza 7411 del 29 ottobre 2019, ha stabilito la competenza dell'Autorità Nazionale Anticorruzione in merito alla vigilanza e all'accertamento delle fattispecie di *pantouflage* previste dall'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001.

Il Consiglio di Stato ha inoltre stabilito che spettano all’Autorità Nazionale Anticorruzione i previsti poteri sanzionatori; viene pertanto individuato nell’Autorità il soggetto che ha il compito di assicurare, all’esito dell’accertamento di una situazione di *pantouflage*, la nullità dei contratti sottoscritti dalle parti nonché l’adozione delle conseguenti misure sanzionatorie.

La Regione Veneto, con DGRV n. 1822 del 29 dicembre 2020 ha approvato le clausole-tipo da inserire nei bandi di gara e/o nei contratti per l'applicazione del Protocollo di legalità sottoscritto in data 17 settembre 2019 e delle ulteriori clausole-tipo da inserire nella documentazione di gara e contrattuale.

Il Patto di legalità sottoscritto dalla Regione Veneto con le Prefetture, l’ANCI Veneto e l’UPI Veneto impegnano espressamente e direttamente gli Enti del SSR della Regione Veneto; le clausole approvate con la DGRV n. 1822/2020, che vengono richiamate dal presente Piano, sono valide, efficaci ed applicabili direttamente dallo IOV.

### **PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI**

Nello specifico settore dei contratti pubblici, il Responsabile della UOC Provveditorato, Economato e gestione della Logistica e il dirigente della UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali provvedono a:

monitorare il rispetto del principio di ripartizione dei ruoli – funzioni nell'ambito di ciascun sotto-processo di acquisto/ affidamento di lavori;

- verificare l'inesistenza di conflitti di interesse in capo ai soggetti richiedenti/utilizzatori i beni, lavori, servizi, nonché in capo ai componenti le commissioni giudicatrici, i gruppi tecnici nominati per la stesura dei capitolati, etc;
- inserire nei bandi/capitolati/contratti le clausole di cui al protocollo di legalità sottoscritto dalla Regione del Veneto in data 10 dicembre 2020;
- verificare che sia rispettato il percorso autorizzativo prestabilito per ciascuna tipologia di bene/servizio/lavoro prima di dare l'avvio all'iter di acquisizione;
- verificare che la documentazione comprovante l'esclusività di un prodotto sia esaustiva, circostanziata e, se possibile, supportata da indagini di mercato e studi scientifici.
- procedimentalizzare la fase di consultazione preliminare del mercato, al fine di rispettare il principio di trasparenza;
- pubblicare tempestivamente la programmazione dei lavori/degli acquisti, secondo fabbisogni vagliati e autorizzati dal responsabile della Struttura competente.

### **FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI, CONFERIMENTI DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

L’art. 35-bis con rubrica “Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici”, introdotto, nel corpo normativo del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, dal comma 46 dell’art. 1 della Legge n. 190/2012 dispone che:

*"1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale: a) non possono*

*fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati; c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.*

*2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari."*

Qualora, a seguito dell'acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, prima dell'assunzione degli incarichi di cui alle lettere a), b), c), comma 1, art. 35-bis, risultino precedenti penali per reati contro la P. A. a carico del soggetto, non potranno essere allo stesso conferiti gli incarichi di componente di commissione di cui alle lettere a) e c) o effettuate le assegnazioni agli uffici di cui alla lettera b) dell'art. 35-bis, co. 1 del D. Lgs. n. 165/2001.

### **TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA ILLECITI (WHISTLEBLOWING)**

*L'art. 1, comma 1, della legge 179/2017 (cd. legge sul whistleblowing) ha sostituito l'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001, rubricato "tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", introdotto dalla L. 190/2012, in virtù del quale sono state potenziate nel nostro ordinamento le misure finalizzate a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come whistleblowing.*

- Con la legge n. 179/17 l'istituto è stato potenziato, prevedendo l'irrogazione di sanzioni pecuniarie afflittive sia nei confronti di coloro che adottano misure ritorsive o discriminatorie in danno del dipendente che segnala illeciti, sia nei confronti del RPCT che non gestisce la segnalazione di illeciti;
- La ratio dell'istituto è quella di proteggere il dipendente pubblico (whistleblower) che denuncia la commissione di illeciti perpetrati all'interno dell'Amministrazione pubblica.

Nel corso del 2021 A.N.A.C. ha pubblicato, con Delibera n. 469 del 9 giugno 2021, lo "Schema di Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)", che fornisce lo strumento per gestire al meglio la riservatezza del segnalante e che, allo stato, costituiscono il punto di riferimento principale per le Amministrazioni che debbano dotarsi di un adeguato sistema di segnalazione degli illeciti.

- Nella predisposizione delle citate Linee guida, A.N.A.C. ha considerato i principi espressi in sede europea dalla Direttiva UE 2019/1937 sulla "Protezione degli individui che segnalano violazioni delle norme comunitarie", riservandosi di adeguarle al contenuto della legislazione di recepimento, di cui alla Legge delega n. 53/2021.

### **Chi è il whistleblower**

- Ai sensi dell'art. 54 bis del D.lgs. 165/2011, whistleblower è il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro;
- la disciplina non si estende ad altri soggetti che, pur svolgendo un'attività lavorativa in favore dell'amministrazione, non godono di tale status (ad es., stagisti, tirocinanti) ovvero a soggetti che non sono dipendenti pubblici quando *effettuano la segnalazione (ad es. dipendenti in pensione)*.

### **Quali sono le condotte qualificate come illeciti**

Non esiste una lista tassativa di reati o irregolarità che possono costituire l'oggetto del whistleblowing.

Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano comportamenti, rischi, reati o irregolarità, consumati o tentati, a danno dell'interesse pubblico:

- delitti contro la pubblica amministrazione di cui al codice penale italiano e tutti i comportamenti impropri di un funzionario pubblico che, anche al fine di curare un interesse proprio o di terzi, assuma o concorra all'adozione di una decisione che devia dalla cura imparziale dell'interesse pubblico;
- poste in essere in violazione dei Codici di comportamento o di altre disposizioni interne sanzionabili in via disciplinare;
- suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all'amministrazione di appartenenza o ad altro ente pubblico;
- suscettibili di arrecare un pregiudizio all'immagine dell'Ente;
- illeciti civili, irregolarità nella gestione o organizzazione dell'attività dell'ente.

### **Come inviare una segnalazione**

- La segnalazione deve essere "spontanea";
- non riguarda doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni/istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro o rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento alla disciplina e alle procedure di competenza del Servizio Personale.
- la segnalazione non può essere anonima: la protezione opera solo nei confronti di soggetti individuabili, riconoscibili e riconducibili alla categoria di dipendenti pubblici o di un soggetto ad essi equiparati, come inteso dal co. 2 dell'art. 54-bis.

### **inoltre**

- è possibile inoltrarla sia in modalità digitale/informatizzata sia in modalità tradizionale (cartacea).

### ***Nella segnalazione devono essere indicati:***

- a) la denominazione e i recapiti del whistleblower nonché, se posseduto, l'indirizzo di posta elettronica certificata;
- b) i fatti oggetto di segnalazione e l'Amministrazione in cui sono avvenuti;
- c) l'Amministrazione cui appartiene il whistleblower e la qualifica/mansione svolta;
- d) una descrizione delle ragioni connesse all'attività lavorativa che hanno consentito la conoscenza dei fatti segnalati;
- e) l'indicazione di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti oggetto di segnalazione;
- f) l'indicazione di eventuali documenti che possono confermare la fondatezza di tali fatti;
- g) ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati.

#### ***1) Modalità digitale***

Nel rispetto della disciplina innovata dalla L. 179/2017, IOV ha aderito alla Piattaforma *Whistleblowing PA*, sistema digitale gratuito per gestire le segnalazioni di illeciti nella P.A. L'utilizzo della piattaforma informatica agevola l'espletamento degli accertamenti da parte degli istruttori, consentendo l'interlocuzione diretta con il segnalante, senza la necessità che sia acquisito il suo nominativo.

- E' quindi possibile collegarsi alla piattaforma dedicata, accessibile dal sito istituzionale IOV, cliccando alla voce "Amministrazione trasparente->Prevenzione della corruzione->Segnalazione di presunti illeciti o irregolarità", raggiungibile al seguente link: <https://www.ioveneto.it/istituzionale/amministrazione-trasparente/segnalazione-presunti-illeciti-irregolarita-cd-whistleblowing/>, la quale garantisce la possibilità di segnalare le condotte illecite in totale anonimato tecnologico;
- nel momento dell'invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, verificare la risposta del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti.

#### ***2) Modalità cartacea***

In alternativa, ed in via residuale, è possibile inoltrare una segnalazione anche in modalità tradizionale-cartacea:

- compilando e seguendo le istruzioni del modulo pubblicato sul sito istituzionale dell'Istituto, rinvenibile al link <https://www.ioveneto.it/wp-content/uploads/2022/03/Modulo-per-la-segnalazione-di-condotte-illecite-da-parte-del-dipendente-pubblico.pdf>
- inviandolo successivamente, a mezzo del servizio postale o tramite posta interna, all'indirizzo sottostante in una busta chiusa, avendo cura che di riportare all'esterno la dicitura "All'attenzione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza riservata/personale", come descritto nel modulo stesso:

Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza IOV – S.P.M.  
Via Gattamelata nr. 64  
35128 Padova

### ***Le tutele garantite a favore del whistleblower consistono nella:***

#### **1) tutela contro ritorsioni e discriminazioni**

Ai sensi dell'art 54 bis, se il pubblico dipendente è qualificato come whistleblower, non può essere:

- sanzionato
- demansionato
- licenziato
- trasferito
- sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro.

#### **2) tutela della riservatezza**

##### **- divieto di accesso:**

- la segnalazione e la documentazione ad essa allegata sono sottratte al diritto di accesso agli atti amministrativi (art. 22 e seg. e art. 24, comma 1 lett. a) Legge 241/1990);
- la segnalazione e la documentazione ad essa allegata sono escluse anche dall'accesso civico semplice e generalizzato.

- **divieto di rivelare l'identità del segnalante** (art. 54 bis co.3 d.lgs. 165/2001), con riferimento non solo al nominativo del segnalante, ma anche a tutti gli elementi della segnalazione dai quali si possa ricavare, anche indirettamente, l'identificazione del segnalante.

La segnalazione ricevuta da un responsabile/dirigente dell'Istituto deve essere tempestivamente inoltrata, a cura del ricevente e nel rispetto delle garanzie di riservatezza, al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza al quale è affidata la sua protocollazione in via riservata e la tenuta del relativo registro. Qualora il *whistleblower* rivesta la qualifica di pubblico ufficiale, l'invio della segnalazione interna non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale.

### ***Quando il destinatario della segnalazione è il RPCT:***

verifica la fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza effettuando ogni attività ritenuta opportuna, inclusa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati.

Può avvalersi del supporto e della collaborazione delle competenti strutture dell'Istituto e, all'occorrenza, di organi di controllo esterni (tra cui la Corte dei Conti, la Guardia di Finanza, l'Agenzia delle Entrate, etc.).

Qualora, all'esito della verifica, la segnalazione risulti fondata, il RPCT, in relazione alla natura della violazione, provvederà:

- a presentare denuncia all'autorità giudiziaria competente;
- a comunicare l'esito dell'accertamento al Responsabile dell'Ufficio Provvedimenti Disciplinari, nonché al Responsabile della struttura di appartenenza dell'autore della violazione accertata affinché sia espletato l'esercizio dell'azione disciplinare;
- a comunicare l'esito dell'accertamento alla Direzione dell'Istituto e alle strutture competenti affinché adottino gli eventuali ulteriori provvedimenti e/o azioni che nel caso concreto si rendano necessari a tutela dell'Istituto.

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

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

Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa.

Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

Tutti coloro che ricevono o sono coinvolti nella gestione della segnalazione sono tenuti a tutelare la riservatezza di tale informazione. La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento.

L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui si è detto, nei confronti del segnalante può essere comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.

È stata altresì approvata da parte dell'ANAC la Delibera n. 690 del 01.07.2020, "Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001" (c.d. *whistleblowing*).

## **FORMAZIONE DEL PERSONALE**

I dipendenti e gli operatori che direttamente o indirettamente svolgono un'attività all'interno degli uffici indicati nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza come a rischio di corruzione, dovranno partecipare ad un programma formativo sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

I componenti della Direzione Strategica, ognuno per la propria area di competenza, sulla base delle indicazioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, di concerto con il Responsabile dell'Ufficio Formazione e con i Dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture, individuano i dipendenti che hanno l'obbligo di partecipare ai programmi di formazione a cadenza almeno annuale.

Il programma di formazione approfondisce le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare i contenuti della Legge n. 190 del 2012 e della legge n. 179 del 2017, gli aspetti etici e della legalità dell'attività oltre ad ogni tematica che si renda opportuna e utile per prevenire e contrastare la corruzione.

Il programma di formazione dovrà indicativamente diffondere e approfondire:

- a) la normativa sulla prevenzione della corruzione;
- b) gli adempimenti dalla stessa richiesti;
- c) il P.T.P.C.T.;
- d) i compiti dei responsabili e dei dipendenti;
- e) il *whistleblowing*;
- f) il codice di comportamento;
- g) la trasparenza e gli obblighi di pubblicazione;
- h) il conflitto di interesse "anche potenziale" e l'obbligo di astensione;
- i) i reati contro la pubblica amministrazione;
- j) le tematiche specifiche per i singoli settori.

A dicembre 2021 era stata programmata la formazione del personale sanitario e la formazione del personale amministrativo, che per motivi di difficoltà legati alla pandemia è stata svolta nel mese di gennaio 2022.

Il piano di formazione approvato con delibera del Direttore generale n. 1003 del 30/12/2021 prevede la formazione per l'anno 2022 "IL RISCHIO DI CORRUZIONE PROCESSI, COMPORTAMENTI, ASIMMETRIE, SOLUZIONI".

### **OBBLIGHI INFORMATIVI**

L'art. 1, comma 9, lett. c), della Legge n. 190 del 2012 prescrive che il Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza preveda, con particolare riguardo alle attività a rischio di corruzione, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione.

Conseguentemente, i dipendenti che istruiscono un atto o che predispongono un provvedimento finale che rientri tra quelli individuati nella mappatura dei rischi, qualora rilevino delle anomalie, devono darne informazione al Direttore/Dirigente della struttura cui appartengono il quale provvede, sollecitamente, a trasmettere un report scritto, evitando aggravii della procedura, al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In ogni caso almeno ogni 6 mesi, i Dirigenti delle Unità/strutture, referenti del RPCT, devono dare comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, anche cumulativamente, delle informazioni necessarie relative ai provvedimenti come sopra individuati.

L'informativa ha finalità di:

- verificare la regolarità e legittimità degli atti adottati;
- monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'Istituto.

## **PRIVATIZZAZIONE ED ESTERNALIZZAZIONE DI FUNZIONI, ATTIVITÀ STRUMENTALI E SERVIZI PUBBLICI**

Lo IOV-IRCCS è titolare di quote consortili relative al Centro Veneto di Ricerca e Innovazione per la Sanità Digitale ([www.consorzioarsenal.it](http://www.consorzioarsenal.it)) e al Consorzio per la Ricerca Sanitaria ([www.corisveneto.com](http://www.corisveneto.com)).

Lo IOV-IRCCS, in qualità di titolare delle predette quote consortili, esercita, attraverso i propri organi istituzionali, poteri di interlocuzione con i legali rappresentanti di tali enti, affinché sia assicurata l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Le **misure specifiche** che si intendono adottare con il presente provvedimento, in ottemperanza al PNA, sono di seguito sintetizzate:

- Misure per l'alienazione degli immobili del patrimonio disponibile;
- affidamento servizi legali;
- Sperimentazioni cliniche;
- comodati d'uso/ valutazione in prova;
- Piano dei controlli interno – liste d'attesa;
- Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

## **MISURE PER L'ALIENAZIONE DEGLI IMMOBILI DEL PATRIMONIO DISPONIBILE**

Con riguardo agli immobili di proprietà dell'ente e appartenenti al patrimonio disponibile (in particolare, quelli derivanti da atti di liberalità), l'Istituto intende utilizzare tali cespiti per sostenere le attività istituzionali, anche nella forma eventualmente della loro locazione o alienazione o permuta, qualora non necessari o non utilizzabili per l'espletamento delle funzioni istituzionali.

Per la dismissione dei beni immobili del patrimonio disponibile l'art. 5 del d. Lgs 502/1992 prescrive la preventiva autorizzazione regionale, per la quale la Regione Veneto ha approvato con DGRV n. 1953 del 23 dicembre 2019 la procedura per l'acquisizione del parere.

A tale riguardo, l'Istituto provvederà a:

- a) rendere note le modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo;
  - b) rendere noto il 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) pubblicizzare l'esito delle procedure di dismissione/locazione;
  - d) rendere noti la redditività delle procedure ovvero valore, prezzo di vendita e ricavato.
- Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza provvederà ad un monitoraggio periodico sull'attuazione delle misure e a segnalare agli organi di indirizzo dell'ente eventuali anomalie quali, tra le altre: 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, etc.

## **Affidamento Servizi legali**

Con DDG n.874 del 22/12/2020 avente ad oggetto "*Regolamento per la tutela legale dei dipendenti dell'Istituto Oncologico Veneto e avviso pubblico per la costituzione di due elenchi di avvocati per l'affidamento degli incarichi difensivi dei dipendenti*" e con DDG n. 102 del 01/02/2022 avente ad oggetto "*Regolamento affidamento incarichi legali a professionisti avvocati esterni*" sono stati elaborati due regolamenti in esecuzione della disciplina dettata dalle seguenti disposizioni legislative e regolamentari:

- Legge n. 247 del 31 dicembre 2012 recante "Nuova disciplina dell'ordinamento della professione forense".
- Decreto Ministero della Giustizia n. 55 del 10 marzo 2014 "Regolamento recante la determinazione dei parametri per la liquidazione dei compensi per la professione forense, ai sensi dell'art. 13, comma 6, della Legge 31.12.2012 n. 247";
- Linee guida n. 12 "Affidamento dei servizi legali" approvate con delibera ANAC n. 907 del 24/10/2018;
- art. 17 del Codice dei Contratti pubblici (D. Lsg. 18 aprile 2016 n. 50);

Il primo regolamento disciplina le condizioni e la procedura di ammissione al patrocinio legale con oneri a carico dell'Ente, ai sensi delle vigenti disposizioni dei CC.CC.NN.L., in favore dei dipendenti dello IOV, sia dirigenti che di comparto, coinvolti in procedimenti di responsabilità civile, penale o contabile - amministrativa per fatti o atti direttamente connessi all'espletamento del servizio e all'adempimento dei compiti d'ufficio. Con la medesima delibera sono stati approvati gli avvisi per la formazione di elenco di avvocati esterni per la concessione del patrocinio ai dipendenti cui affidare eventuali incarichi di difesa.

Il secondo regolamento disciplina le ipotesi in cui risulta necessario affidare il patrocinio a legali esterni, per la difesa in giudizio dell'Istituto. Sono stabilite le modalità per il conferimento da parte dell'Istituto di incarichi di patrocinio legale a professionisti esterni, nonché le condizioni giuridiche ed economiche nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale e dei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità e pubblicità.

## **SPERIMENTAZIONI CLINICHE**

Lo IOV al fine di:

- razionalizzare il processo con evidenza di trasparenza nei percorsi di sperimentazione anche sotto gli aspetti di tracciabilità economica;
- assicurare coerenza delle attività di ricerca ai percorsi assistenziali ed organizzativi dell'Istituto Oncologico Veneto IRSS, anche al fine di contribuire al miglioramento delle strategie assistenziali, garantendo la massima tutela dei diritti dei pazienti coinvolti nelle attività di ricerca;
- assicurare ai professionisti una corretta conduzione della ricerca, anche attraverso l'attività di monitoraggio e rendicontazione;
- assicurare la congruità, la corretta attribuzione, la trasparenza, nonché l'equa ripartizione delle risorse economiche conseguenti alla conduzione di ricerche o sperimentazioni.

Ha approvato, con deliberazione del Direttore Generale n. 436 del 1/06/2021, **il regolamento per lo svolgimento delle sperimentazioni profit e no-profit dell'IRCCS- IOV.**

Quanto alla ripartizione dei proventi derivanti da sperimentazioni, in conformità alle disposizioni contenute nel PNA 2016 e richiamate dal PNA 2019, lo IOV ha sottoscritto gli accordi sindacali, per il comparto nel mese di ottobre 2020 e per la dirigenza nel mese di gennaio 2021, sulle modalità di remunerazione dell'attività diretta e indiretta erogata dal personale dipendente nello svolgimento delle sperimentazioni cliniche profit, tali accordi sono in corso di approvazione con deliberazione del Direttore Generale.

Il regolamento vigente prevede che a chi ha condotto la sperimentazione, può essere riconosciuto un compenso orario per l'attività aggiuntiva destinata alla sperimentazione e prestata al di fuori dell'orario di servizio assistenziale.

Gli accordi sindacali predetti prevedono i criteri per la remunerazione dell'attività diretta e indiretta svolta da personale dipendente nell'ambito di sperimentazioni profit.

Nell'ambito del monitoraggio il RPCT può verificare il rapporto tra il volume dell'attività svolta nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e l'attività istituzionale, oltre che valutare l'elaborazione di appositi indicatori di rischio nella gestione delle sperimentazioni cliniche. Con delibera del Direttore Generale n. 218 del 7/03/2022 è stato rinnovato il Comitato Etico per le Sperimentazioni Cliniche (CESC) a seguito della DGRV n. 1726 del 9.12. 2021 con cui la Regione Veneto ha revocato la propria DGRV n. 1365/2020 di riorganizzazione del sistema per la sperimentazione clinica che istituiva un unico Comitato Etico Regionale per la Sperimentazione Clinica (CERSC) con sede presso Azienda Zero e ha confermato l'assetto organizzativo della rete dei CESC definiti con DGR n. 1066/2013.

In sede di rinnovo è stato acquisito la dichiarazione dei nuovi componenti di assenza di conflitto di interessi e la dichiarazione di impegnarsi a non pronunciarsi per quelle sperimentazioni per le quali possa sussistere un conflitto di interessi di tipo diretto o indiretto.

### ***COMODATI D'USO/ Valutazione in prova***

Con DGRV n. 1953 del 23 dicembre 2019 la Regione Veneto ha prescritto l'acquisizione del parere preventivo, obbligatorio e vincolante, della Commissione regionale per l'investimento in tecnologia ed edilizia (CRITE) per i contratti di concessione di comodato d'uso gratuito di attrezzature sanitarie.

Nel caso in cui l'analisi della proposta di comodato d'uso evidenzia costi a carico dello IOV, connessi all'utilizzo del bene, la struttura competente alla valutazione della proposta deve prendere in considerazione la previsione di eventuali corrispettivi economici in favore del soggetto comodante o comunque di un soggetto predeterminato, in quanto tale vincolo può attribuire all'intera operazione la natura di contratto di appalto, che deve come tale essere gestito secondo le ordinarie procedure di gara.

L' UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica ha l'onere di predisporre un 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

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza richiede periodicamente alla UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica un report sulle percentuali dei beni concessi in comodato d'uso/valutazione in prova, successivamente acquistati dall'Ente.

## **DONAZIONI**

Con deliberazione del Direttore Generale n. 130 del 21 febbraio 2020 è stato approvato il regolamento per le donazioni, in conformità della Legge Regionale del Veneto n. 26/2019 ed è stato approvato, con il sistema qualità, il processo relativo alle donazioni.

## **Piano dei controlli interno – liste d'attesa**

Con D.G.R.V. n. 2022 del 28 dicembre 2018, "*Aggiornamento dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto*", la Regione Veneto, alla luce di quanto disposto con D.G.R.V. n. 733 del 29 maggio 2017 che ha attribuito ad Azienda Zero le funzioni afferenti al Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza e le liste di attesa e la sicurezza del paziente, ha rivisitato il sistema dei controlli sanitari, fermo restando la funzione di programmazione regionale in materia.

La D.G.R.V. n. 2022/2018 si propone di perseguire gli obiettivi di:

- potenziare i controlli interni al fine di migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali e la correttezza di codifica, definendo una funzione di "certificazione interna";
- aumentare il livello di omogeneità delle codifiche e delle modalità di erogazione delle prestazioni, con auspicata riduzione delle contestazioni a livello dei controlli esterni;
- ribadire l'importanza degli organi deputati al controllo (Nucleo Aziendale) da una parte, e di quelli di supervisione e vigilanza (Nucleo Regionale) dall'altra, i quali garantiscono la necessaria imparzialità e omogeneità nello svolgimento dei controlli;
- mantenere il sistema il più possibile esplicito e trasparente grazie alla presenza dei Piani Annuali di Controllo e favorire una sinergia tra la funzione di pianificazione periferica e la funzione di coordinamento regionale.

Pertanto, con DDG n.286 del 30/03/2022, è stata rinnovata la composizione del NAC prevedendo al suo interno la presenza di personale medico, infermieristico e amministrativo.

Il NAC elabora il "Piano annuale dei controlli interni" che deve essere presentato, entro il mese di marzo di ogni anno di riferimento, al Direttore Sanitario che ne curerà la successiva adozione e trasmissione al Nucleo Regionale di Controllo e al l'U.O.C. Ispezioni Sanitarie e Socio-Sanitarie di Azienda Zero.

Si rileva che il Piano dovrà comprendere, oltre a tutte le categorie di controllo definite dal provvedimento regionale 2022/2018, e dalle Linee guida per le attività dei Nuclei Aziendali di Controllo approvate con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e sociale n. 93 del 10/09/2021, che andranno adeguatamente esplicitate e motivate.

All'interno del piano sono esplicitate le attività di prevenzione delle azioni in capo ai responsabili del Registro "Unico" dei ricoveri ospedalieri e registro "Unico delle liste operatorie" oltre al verbale dei controlli interni con relazione dei Responsabili delle Liste di attesa affinché sia evidente la verifica annuale del buon funzionamento dei processi

necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni in ottemperanza alla vigente normativa.

### **Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero**

Con Determina n. 12 del 28/10/2015, ANAC ha aggiornato il Piano Nazionale Anticorruzione fornendo indicazioni integrative e chiarimenti con riferimento alla Sanità fornendo, tra l'altro, degli approfondimenti per alcune aree specifiche ritenute ad alto rischio tra le quali vengono prese in esame le attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero, tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito.

Questo Istituto si avvale, previo Accordo, del servizio di obitorio dell'Azienda Ospedale Università di Padova per i decessi avvenuti presso l'ospedale di Padova e del servizio di obitorio dell'Azienda ULSS 2 per i decessi avvenuti presso la sede dell'Ospedale San Giacomo di Castelfranco Veneto.

### **MONITORAGGIO E RIESAME**

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione devono essere il risultato di un'azione sinergica e combinata dei singoli responsabili delle strutture e del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, secondo un processo "bottom-up" in sede di formulazione delle proposte e "top-down" per la successiva fase di verifica ed applicazione. Risulta fondamentale il coinvolgimento dei dirigenti delle strutture e di tutto il personale nell'attuazione della strategia di prevenzione per l'individuazione dei settori maggiormente esposti al rischio corruzione, ma anche per il monitoraggio e l'attuazione delle attività connesse e presupposte alla redazione del presente Piano.

Tutti i dirigenti, con riferimento all'area di rispettiva competenza:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- verificano che siano rispettate dai propri preposti le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione;
- rispettano e fanno rispettare le prescrizioni contenute nel P.T.P.C;
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.

In particolare, i Referenti del RPCT e gli altri dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture devono elaborare modalità e meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione.

A tal fine i Referenti e i dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture in genere devono formalizzare, con comunicazione al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, le procedure utilizzate indicando, per categorie e senza eccessivo aggravio della procedura, i controlli di regolarità e legittimità effettuati e i soggetti che li operano e procedere al loro periodico monitoraggio specificando l'oggetto e la tempistica dei controlli.

I dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture dovranno altresì programmare incontri sistematici, a cadenza almeno trimestrale, al fine di formare ed aggiornare il personale afferente su norme, procedure e prassi.

Tutti i dirigenti, in particolare i responsabili di struttura non sanitaria, per l'area di rispettiva competenza devono:

- monitorare le attività e garantire il rispetto dei tempi procedimentali, costituente elemento sintomatico del corretto funzionamento amministrativo;
- segnalare, tempestivamente, qualsiasi altra anomalia accertata adottando, laddove possibile, le azioni necessarie per eliminarle oppure proponendole al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove non rientrino nella competenza dirigenziale;
- proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza i dipendenti da inserire nei diversi corsi del programma di formazione sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- garantire il monitoraggio delle eventuali situazioni di conflitto di interessi del personale assegnato, esaminando le relative dichiarazioni e decidendo sulla necessità dell'astensione, ai sensi degli artt. 51 c.p.c., 6 bis l. 241/1990 e 6 del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e dello IOV;
- provvedere affinché l'organizzazione della struttura/servizio/ufficio sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto;
- intensificare i controlli a campione su dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti.

Di tali adempimenti dovrà essere data periodicamente evidenza alla Direzione generale e al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza.

I Referenti del RPCT e gli altri dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture non sanitarie individuano i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, anche parziale, e provvedono al monitoraggio periodico del loro rispetto con cadenza almeno semestrale.

Il prospetto dei termini di conclusione dei procedimenti di competenza deve essere trasmesso da ciascun dirigente interessato alla Direzione generale e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza verifica che i Dirigenti responsabili delle U.O. e delle varie Strutture provvedano periodicamente al monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, acquisendo dagli stessi un report periodico in materia.

Al fine di prevenire e controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, in qualsiasi momento, può richiedere ai Responsabili cui afferiscono i dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale, di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento stesso.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione può, in ogni momento, verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti

che possono integrare anche solo potenzialmente ipotesi astratte di corruzione e illegalità, di regola per il tramite dei rispettivi Responsabili.

### **RELAZIONE SULL'ATTIVITÀ SVOLTA**

Il Responsabile della prevenzione della corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno pubblica sul sito internet dell'Istituto nell'area amministrazione trasparente, sezione "trasparenza valutazione e merito", una relazione recante i risultati dell'attività svolta e contestualmente la trasmette al Direttore Generale.

Con Comunicato del Presidente ANAC del 2 dicembre 2021, al fine di consentire ai Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) di svolgere adeguatamente tutte le attività connesse alla predisposizione dei Piani di prevenzione della corruzione e della trasparenza **entro il 31 gennaio 2022**, l'Autorità ha prorogato alla medesima data il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione annuale dei RPCT.

### **LE MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE negli anni 2022/2023/2024**

<b>N.</b>	<b>Misura di prevenzione</b>	<b>Termine</b>	<b>Soggetto Responsabile</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>
1	Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	31/04/2022 31/01/2023 31/01/2024	- RPCT	Documento condiviso tra il RPCT e le Strutture dello IOV-IRCCS
2	Mappatura dei processi individuati nel presente Piano	30/11/2022 30/11/2023 30/11/2024	I process owner dei processi individuati nel presente Piano - RPCT	Report sulle risultanze della mappatura processi
3	Aggiornamento della Analisi, Valutazione e Trattamento del rischio	31/09/2022 31/03/2023	- Tutte le Strutture non sanitarie dello IOV - RPCT	Report sulle risultanze dell'analisi dei rischi
4	Revisione del Codice di comportamento dello IOV	31/12/2022	- UOC Risorse Umane - RPCT	Deliberazione del Direttore Generale di approvazione

<b>N.</b>	<b>Misura di prevenzione</b>	<b>Termine</b>	<b>Soggetto Responsabile</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>
5	Predisposizione del Piano annuale degli interventi formativi, in materia di prevenzione della corruzione, per ogni singolo anno	31/12/2021 31/12/2022 31/12/2023	- Ufficio Formazione - RPCT	Deliberazione del Direttore Generale
6	Attuazione degli interventi formativi previsti nei Piani annuali	31/12/2022 31/12/2023 31/12/2024	- Ufficio Formazione	Report sugli interventi formativi attuati
7	Monitoraggio semestrale sull'attuazione delle misure generali di prevenzione della corruzione e della trasparenza	30/06/2022 31/12/2022 30/06/2023 31/12/2023 30/06/2024 31/12/2024	- RPCT	Relazione monitoraggio
8	Monitoraggio annuale sull'attuazione delle misure di prevenzione individuate dai dirigenti in sede di valutazione e trattamento dei rischi specifici di processo	15/12/2022 15/12/2023 15/12/2024	Referenti - RPCT	Relazione monitoraggio
9	Relazione annuale del RPCT	15/12/2022 15/12/2023 15/12/2024	- - RPCT	Relazione
10	Verifica, da parte di tutti i dirigenti, dell'effettiva rotazione sui processi a rischio	31/12/2022 31/12/2023 31/12/2024	Tutte le Strutture dirigenziali	Risultanze riportare nel monitoraggio semestrale
11	Predisposizione dei criteri di Rotazione degli incarichi	31/12/2022	- UOC Risorse Umane -	
12	Definizione procedura operativa per il trattamento del conflitto di interesse	31/12/2022	Referenti RPCT	Approvazione procedura
13	Monitoraggio sulla regolare attuazione degli accessi	31/12/2022 31/12/2023 31/12/2024	- UOC Affari Generali	Report di monitoraggio

N.	Misura di prevenzione	Termine	Soggetto Responsabile	Indicatori di attuazione
14	Linee guida sulla rotazione degli incarichi	31/12/2022	- UOC Risorse Umane - RPCT	Deliberazione del Direttore Generale
15	report sulle percentuali de beni concessi in comodato d'uso/valutazione in prova, successivamente acquistat dall'Ente.	31/12/2022	- UOC Provveditorato, Economato e gestione della Logistica	Report
16	Monitoraggio sull'applicazione delle clausole tipo da inserire nei bandi e nei contratti, ai fini dell'attuazione delle previsioni di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. 165/2001 ( <i>cd. pantouflage</i> )	31/12/2022	- UOC Provveditorato, Economato e gestione della Logistica - UOC Risorse Umane - RPCT	Report
17	Acquisizione software del registro dei rischi	31/12/2022	- RPCT - UOS Sistemi Informativi	Acquisizione del software

### **SEGNALAZIONI DI IRREGOLARITÀ**

Tutti i cittadini possono inviare segnalazioni che denunzino condotte e comportamenti sintomatici di episodi o fenomeni corruttivi o di *mala gestio* imputabili a strutture e/o al personale dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS.

Le predette segnalazioni potranno essere inviate:

- Per posta elettronica all'indirizzo:

[anticorruzione@iov.veneto.it](mailto:anticorruzione@iov.veneto.it)

- Per posta ordinaria a:

**Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza  
dell'IRCCS Istituto Oncologico Veneto,  
Palazzo S. Stefano, Piazza Antenore n. 3 - 35121 – Padova**

### **ADEGUAMENTI DEL PIANO**

Il presente Piano sarà progressivamente adeguato alle indicazioni che saranno fornite dal Legislatore, dal Dipartimento della Funzione Pubblica, dall'ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione e con altri atti di indirizzo statali o regionali.

# SECONDA SEZIONE

## LA TRASPARENZA

### **1 Programma triennale per la trasparenza e l'integrità**

Il vigente comma 1 dell'articolo 10 del D. Lgs 33/13 e il PNA 2019 prevedono che sia inserita una chiara identificazione della sezione trasparenza nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione unico, in cui in cui siano identificati i flussi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati e delle informazioni.

Il Responsabile della Trasparenza coincide con il Responsabile per la prevenzione della corruzione.

Il RPCT provvede all'aggiornamento del Piano triennale, ne cura il monitoraggio e l'attuazione ed assume iniziative atte a promuovere la cultura della trasparenza. In sede di aggiornamento del programma, o quando reso necessario dall'evoluzione normativa, dà notizia ai dirigenti degli adempimenti necessari.

L'attuazione del Piano triennale, l'individuazione dei dati soggetti a pubblicazione, nonché il loro costante aggiornamento al fine di garantire la veridicità delle informazioni e l'adeguamento dei contenuti all'evolversi della disciplina in materia, è demandata ai dirigenti responsabili dei servizi e degli uffici dell'Istituto i quali possono individuare, all'interno delle rispettive strutture, dei referenti per l'attuazione ed il monitoraggio delle previsioni della presente sezione.

Esiste un profilo "statico" della trasparenza, consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati attinenti alle pubbliche amministrazioni per finalità di controllo sociale. Il profilo "dinamico" della trasparenza è, invece, direttamente correlato alla performance.

Gli stessi dati sono oggetto di costante aggiornamento al fine di garantirne la veridicità e l'adeguamento alle innovazioni normative o amministrative intervenute, nonché il miglioramento sia in termini di qualità dei contenuti che di visibilità e accessibilità degli stessi.

### **2 Trasparenza e tutela dei dati personali**

Con riferimento al combinato disposto normativo in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs.196/2003 e smi) e del riordino della trasparenza amministrativa di cui al PNA 2019, l'Istituto pubblica sul proprio sito istituzionale i propri dati nel rispetto delle seguenti regole:

1. sul sito non dovranno mai essere pubblicati dati sulla salute e sulla vita sessuale (tale disposizione dovrà essere osservata in particolare dalle Strutture aziendali che pubblicano i dati ai sensi degli artt. 14 e 26 del "decreto trasparenza");
3. sul sito possono essere pubblicati dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi (in forma integrale, per estratto, ivi compresi gli allegati), solo se vi è una norma di legge o di regolamento che preveda tale possibilità;

4. sul sito devono essere pubblicati solo i dati personali pertinenti rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto;
5. sul sito devono essere pubblicati solo i dati sensibili (ad esclusione di quelli di cui al punto 1 che non possono mai essere diffusi) e giudiziari che siano indispensabili, rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto.

In conformità a quanto contenuto nella sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019 che si è pronunciata sul tema del bilanciamento della trasparenza e della privacy, quest'ultimo va compiuto avvalendosi del **test di proporzionalità** che «richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi».

Va inoltre tenuto conto dei seguenti principi:

- regime normativo per il trattamento di dati personali «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento» (art. 2 ter, d.lgs. n. 196/2003)
- principi di adeguatezza, pertinenza, esattezza e aggiornamento
- il RPD, come da nomina di cui alla delibera del Direttore Generale, svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutto lo IOV essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti dalla normativa in materia di privacy.

### **3 Ruoli e responsabilità rispetto agli obblighi di pubblicazione**

#### **3.1 Il ruolo del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**

Il RPCT provvede all'aggiornamento della sezione, ne cura il monitoraggio e l'attuazione ed assume iniziative atte a promuovere la cultura della trasparenza. In sede di aggiornamento del Piano di prevenzione della corruzione, o quando reso necessario dall'evoluzione normativa, dà notizia ai dirigenti degli adempimenti necessari.

Effettua attività di controllo sull'operato dell'Istituto in merito agli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme vigenti, garantisce la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, effettuando eventuali segnalazioni su casi di mancato o ritardato adempimento all'Organo di indirizzo politico, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), all'A.N.AC. e, nei casi più gravi, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD).

Per lo svolgimento di tali attività si avvale in particolare della collaborazione dell'Ufficio Comunicazione e divulgazione scientifica.

### **3.2 La responsabilità dirigenziale non sanitaria**

Alla dirigenza, in materia di Trasparenza, fanno capo importanti responsabilità in merito al controllo sulla regolarità e tempestività dei flussi di dati, documenti e informazioni da pubblicare.

I Dirigenti aziendali preposti alle strutture competenti alla produzione e aggiornamento della trasparenza:

- individuano, ciascuno per le proprie competenze e materie, i contenuti del programma e i dati oggetto di pubblicazione, nonché i termini temporali di pubblicazione e di aggiornamento;
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- garantiscono l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'Istituto, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate;
- individuano all'interno della propria struttura il personale che collaborerà all'esercizio delle suddette funzioni; la relativa designazione deve essere comunicata al RPCT;
- verificano la conformità ai documenti originali in possesso dell'Amministrazione nonché la loro provenienza e fruibilità nel rispetto dei limiti prefissati dalle norme sulla protezione dei dati personali ai sensi del GDPR 679/2016;
- verificano la corretta pubblicazione dei dati-aggiornamenti trasmessi nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

### **3.3 I Referenti**

Prestano la collaborazione, qualora richiesta, e concorrono a:

- sensibilizzare le strutture in ordine agli adempimenti sugli obblighi di trasparenza secondo le disposizioni normative vigenti, supportandole all'occorrenza nell'individuazione, elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale;
- monitorare sul termine di aggiornamento delle pubblicazioni di propria competenza nel rispetto dei termini previsti;
- collaborare all'aggiornamento annuale del PTPCT per la parte attinente alla trasparenza;
- comunicare eventuali criticità rispetto agli obblighi di pubblicazione, al fine di individuare, con il coordinamento del RPCT, la soluzione più adeguata;
- collaborare in ordine alla presa in carico degli accessi civici di competenza, monitorando la conclusione dei procedimenti di accesso;
- informare il RPCT, laddove si evidenzino eventuali criticità rilevate nelle rispettive strutture, in merito all'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed accesso civico.

#### **4 Procedimento di elaborazione ed adozione della sezione "Trasparenza"**

Al fine di favorire forme diffuse di controllo nel rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'azione amministrativa, lo IOV ha previsto azioni positive volte a garantire ai cittadini l'accesso a dati, documentazione amministrativa ed informazioni detenute dall'Istituto, individuando innanzitutto i soggetti deputati all'implementazione delle iniziative a nel rispetto della disciplina di cui all'art. 43 D. Lgs. n. 33/2013.

L'attuazione della sezione Trasparenza del Piano, l'individuazione dei dati soggetti a pubblicazione, nonché il loro costante aggiornamento al fine di garantire la veridicità delle informazioni e l'adeguamento dei contenuti all'evolversi della disciplina in materia, è demandata ai dirigenti responsabili dei servizi e degli uffici dell'Istituto i quali possono individuare, all'interno delle rispettive strutture, dei referenti per l'attuazione ed il monitoraggio della presente sezione. La gestione degli obblighi di pubblicazione delle relative azioni viene effettuata con l'ausilio del supporto informatico dell'Ente (sito web) al fine di rendere completo ed esaustivo lo stesso e consentire al cittadino, al quale l'Istituto deve rendicontare, di fruire di tutti i documenti collegati.

#### **5 Selezione dei dati da pubblicarsi: obbligatori e ulteriori (art.10, comma 3, d.lgs. 33/2013).**

Il "decreto Trasparenza" ha razionalizzato gli obblighi di pubblicazione vigenti mediante la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche.

Nella sezione "Amministrazione trasparente" dovrà essere inserito un collegamento ipertestuale alle banche dati contenenti i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione;

Le linee guida ANAC (delibera ANAC n. 1310/2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 97/2016" richiamata dalla Delibera ANAC 1064/2019) prevedono un elenco riportante tutti gli obblighi di pubblicazione specificati nel D. Lgs. 33/2013.

Tale elenco di obblighi è stato fedelmente riportato nell'albero della sezione "Amministrazione Trasparente", ed è stato condiviso con i vari Direttori/Responsabili delle varie strutture aziendali.

Le modifiche all'art. 10 del D. Lgs. 33/2013 sono da interpretarsi in un'ottica di semplificazione e coordinamento degli strumenti di programmazione in materia di prevenzione della corruzione. In base a queste ultime nel PTPC sono individuati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D. Lgs. 33/2013 i Dirigenti Responsabili delle Unità/Strutture cui fa capo il singolo procedimento amministrativo ai sensi delle previsioni dell'Atto Aziendale e del Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto.

Nelle strutture coinvolte dal singolo procedimento, il Responsabile della Unità/Struttura è garante della pubblicazione dei dati di competenza, considerato che il medesimo è tenuto all'aggiornamento tempestivo delle informazioni contenute nella sezione illustrativa specifica della pagina internet descrittiva delle aree, risorse, orari etc. Tale previsione è stata realizzata attraverso l'indicazione delle Unità competenti e dei

soggetti responsabili nell'allegato al presente piano che rappresenta il cd. albero della trasparenza e che costituisce parte integrante del presente aggiornamento al Piano.

Si precisa che per trasmissione si intende, nel caso in cui di dati siano archiviati in una banca dati, sia l'immissione dei dati nell'archivio, sia la confluenza degli stessi dall'archivio al soggetto responsabile della pubblicazione sul sito.

In allegato specifico rispetto a questa sezione e parte integrante del Piano triennale è riportato il prospetto riepilogativo e analitico dei dati da pubblicarsi nella sezione Amministrazione trasparente del sito istituzionale, con l'indicazione della descrizione delle attività, dei soggetti responsabili di ogni fase del processo (dalla selezione alla pubblicazione dei dati), dei termini previsti per gli adempimenti e della modalità di pubblicazione on line, secondo lo schema e i contenuti forniti dallo stesso D. Lgs. n. 33/2013 sulla trasparenza, così come declinati dalla citata Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016.

## **6 Individuazione dei dati ulteriori**

Dall'anno 2021, lo IOV, pubblica alla sottosezione "Dati ulteriori", situata in "Amministrazione Trasparente" i dati relativi alle donazioni ricevute in regime di emergenza sanitaria da Covid 19.

Al fine di promuovere maggiori livelli di trasparenza, nello specifico, sarà valutato la necessità di uno studio sulla semplificazione, migliorando la sezione "Amministrazione Trasparente", anche tenendo conto dei risultati dei lavori in corso di svolgimento, nell'aggiornamento in diversi ambiti istituzionali.

## **7 La carta dei servizi**

L'art. 32. co. 1 del D. Lgs. n. 33/2013 richiama gli obblighi di pubblicazione concernenti i servizi erogati. In particolare dichiara che le Pubbliche Amministrazioni e i gestori di pubblici servizi pubblicano la Carta dei Servizi o il documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici. La Carta dei Servizi è il documento con il quale ogni Ente erogatore di servizi assume una serie di impegni nei confronti della propria utenza riguardo i propri servizi, le modalità di erogazione di questi servizi, gli standard di qualità e informa l'utente sulle modalità di tutela previste.

Lo IOV, pubblica nella delle apposite pagine in "Amministrazione Trasparente", l'aggiornamento-Redazione della Carta dei Servizi, aggiornata, a cura dell'Ufficio Accreditamenti, al fine di valorizzare l'aspetto della soddisfazione dell'utenza e creare le relative condizioni di valutazione.

## **8 Legge 24/2017 relativa alla sicurezza delle cure della persona assistita**

E' stata creata una apposita sezione in adempimento degli obblighi informativi di cui alla legge 24/2017 relativa alla sicurezza delle cure della persona assistita e responsabilità professionale in cui sono pubblicati:

- I risarcimenti danni erogati nell'ultimo quinquennio;
- le polizze RCT/O
- le relazioni annuali sul rischio clinico e la sicurezza del paziente.

## **9 I collegamenti con la sezione I del Piano di prevenzione della corruzione e il Piano della performance**

L'attuazione della disciplina in punto di trasparenza costituisce strumento imprescindibile per la prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione: misure specifiche per la realizzazione ed attuazione delle strategie aziendali in punto di prevenzione del rischio di corruzione mediante la promozione della trasparenza, sono previste nella Sezione Prima del presente provvedimento.

Più precisamente il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione prevedendo la pubblicazione, nel sito istituzionale, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi consente il controllo, da parte del cittadino e/o dell'utente, delle decisioni nelle materie a rischio di corruzione descritte dal suddetto Piano.

La trasparenza dell'attività amministrativa è assicurata, altresì, mediante la pubblicazione nel sito web dell'Istituto delle informazioni concernenti le attività a più elevato rischio di corruzione come individuate nella Sezione Prima del presente provvedimento.

Il Piano e la Relazione sulla Performance, il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance e oggi – a seguito delle modifiche introdotte dal D.lgs. n. 97/2016 – la sezione della Trasparenza sono gli strumenti individuati dal D. Lgs 150/2009 per l'attuazione del ciclo di gestione della performance.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal Capo II del D. Lgs 27 ottobre 2009, n. 150: si parte dalla definizione degli obiettivi, si provvede durante l'anno al loro monitoraggio e controllo, fino ad arrivare, l'anno successivo, alla rendicontazione di come sono andate le attività previste ed a misurare i risultati raggiunti: di conseguenza il Piano della Performance (art. 10 c. 1 lett. a) del D.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150) è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'Ente.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1 del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance.

Il Piano infine contiene gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori. Ciò è funzionale a consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti di cui art. 9, comma 1, lettere a) e b) del citato decreto.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza, come sottolineato dal D. Lgs n. 33/2013 all'art. 10, revisionato dal D. Lgs. n. 97/2016, costituisce un'area strategica di ogni amministrazione che si traduce nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali. La trasparenza è pertanto funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, garantendo l'effettiva accountability dell'Ente in termini di obiettivi e risultati dell'azione amministrativa.

Con Delibera del Direttore Generale n. 83 del 28/01/2022 è stato approvato il piano della Performance per il triennio 2022-2024, con il quale l'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, si propone di intervenire sulle macro aree strategiche definite in continuità con la programmazione regionale ed aziendale 2021 e con gli indirizzi previsti dalla DGRV 614/2019 che ha definito le schede di dotazione ospedaliera dell'Istituto. Con il documento del Piano sono stati predisposti Obiettivi Strategici in attesa della definizione degli obiettivi regionali per l'anno 2022, che saranno opportunamente integrati nel ciclo della performance aziendale non appena saranno definiti dalla programmazione regionale.

Nel corso delle negoziazioni di budget 2022 gli obiettivi strategici saranno implementato con gli Obiettivi Operativi e gli Indicatori di misura per le singole unità operative.

Alla luce dell'art. 4 co.2 del D. Lgs. 150/2009 e dei contratti collettivi vigenti, il ciclo di gestione della performance nell'Istituto Oncologico Veneto si articola nelle seguenti fasi:

- i) pianificazione degli obiettivi strategici: analisi dei fabbisogni rispetto alla pianificazione delle risorse;
- ii) definizione ed assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere e dei valori attesi (obiettivi e correlati indicatori di raggiungimento del risultato);
- iii) negoziazione di budget che permette il collegamento tra gli obiettivi (definiti a livello strategico) e l'allocazione delle risorse;
- iv) monitoraggio in corso d'esercizio ed attivazione di eventuali interventi correttivi con lo sviluppo di un sistema di reportistica;
- v) misurazione e valutazione dei risultati tramite il grado di raggiungimento degli obiettivi con gli indicatori di performance (misurazione performance organizzativa);
- vi) rendicontazione dei risultati con la valutazione annuale della performance.

Il piano è pubblicato sul sito web dell'Azienda ([www.ioveneto.it](http://www.ioveneto.it)) al fine di assicurarne la massima diffusione e trasparenza, con l'intento di favorire anche un processo sinergico di confronto con le Istituzioni e le componenti rappresentative della cittadinanza e dei portatori di interessi e valori in genere.

Il monitoraggio e la verifica del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto dei target definitivi è supportato dal sistema di monitoraggio on line delle schede di budget di Unità Operativa (Metrica nonché del Cruscotto Aziendale (Dashboard) alimentato dal sistema informativo aziendale.

La valutazione della performance organizzativa opera nei confronti di tutte le articolazioni organizzative individuate quali Centri di responsabilità aziendali e a cui è attribuita autonomia gestionale e conseguentemente responsabilità di budget; oggetto della valutazione è infatti il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Processo di budget.

Il Piano delle Performance è coordinato e l'integrato con gli ambiti relativi alla trasparenza, e attua un collegamento fra la programmazione strategica ed operativa dell'Istituto e gli obiettivi di trasparenza indicati nel piano triennale di prevenzione della corruzione.

## **10 Accesso civico (D. lgs. 33/2013)**

Premesso che gli accessi verso la p.a. si sostanziano schematicamente nei seguenti diritti:

- DIRITTO DI ACCESSO DOCUMENTALE (l. n. 241/1990) - più profondo (posizione rivestiva dal soggetto, interessi, motivazione) - meno ampio (solo documenti);
- DIRITTO DI ACCESSO CIVICO (SEMPLICE) (d.lgs. n. 33/2013) - strumento sanzionatorio verso la p.a. - inadempienza agli obblighi di pubblicazione;
- DIRITTO DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO (d.lgs. n. 33/2013 e circolari del DFP n. 2/2017 e 1/2019) - meno profondo (il solo diritto a conoscere) - più ampio (documenti, dati, informazioni).

La normativa vigente ha introdotto **l'accesso civico generalizzato** sul modello del **Freedom of Information Act (Foia)**.

Tale istituto permette a "*chiunque*" di accedere ai documenti e ai dati detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, fermi i limiti ex art 5 bis D. lgs n.33/2013.

Con il D. lgs n. 97/2016, di modifica del D. Lgs 33/13, accanto alla figura dell'accesso civico cd. 'semplice' (comma 1), il legislatore ha introdotto la figura dell'accesso civico 'generalizzato' (comma 2), che, prescindendo dagli obblighi di pubblicazione, si manifesta come espressione della volontà del legislatore di configurare uno strumento di tutela dei diritti dei cittadini (*quivis de populo*, senza limiti, cioè, alla legittimazione soggettiva del richiedente che non necessita di alcuna motivazione) e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa, 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.

Si tratta di una dimensione diversa ed ulteriore rispetto all'istituto di accesso ai documenti amministrativi ex L. 7 agosto 1990 n. 241. Quest'ultimo, infatti, è uno strumento finalizzato a tutelare interessi giuridici particolari di soggetti portatori di un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso" e si esercita con la visione e l'estrazione di copia di documenti amministrativi.

Il RPCT riceve solo le domande di accesso civico c.d. semplice.

Il RPCT è organo di riesame per l'accesso civico generalizzato: l'art. 5, comma 7 del d.lgs. 33/2013 prevede che al RPCT possano essere rivolte (dai richiedenti o dai controinteressati) le istanze di riesame, in caso di diniego (totale o parziale) o di differimento dell'accesso civico.

L'art. 43, comma 4, del d.lgs. 33/2013 prevede che il RPCT, unitamente ai dirigenti responsabili dell'amministrazione, controlli e assicuri la regolare attuazione dell'accesso civico.

il RPCT può chiedere agli uffici dell'amministrazione informazioni sull'esito delle istanze ai sensi dell'art 5, comma 6 del D.lgs. 33/2013 e s.m.i..

L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione.

L'istanza, può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, ed è presentata al Protocollo Generale dello IOV che l'assegna all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti.

Lo IOV ha approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 806 del 14 gennaio 2017 il "Regolamento in materia di accesso agli atti" disciplinante il diritto di accesso ai documenti amministrativi che contiene una disciplina organica e coordinata dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso: a) documentale; b) civico semplice; c) civico generalizzato pubblicato in "Amministrazione trasparente" in Disposizioni Generali- atti generali.

Lo IOV ha istituito un Registro delle richieste di accesso presentate (per tutte le tipologie di accesso) che è pubblicato in Amministrazione trasparente.

Per soddisfare i campi di registrazione richiesti dalla normativa e dalla circolare DFP sul FOIA è stato predisposto una nuova configurazione in sintonia con il nuovo software acquisito per la gestione del protocollo informatico e per la gestione documentale, prevedendo:

- Integrazione protocollo e registro accessi;
- Estrazione automatica del registro degli accessi (da pubblicare sul sito).

Nel corso del 2021 è stato riscontrato un accesso civico semplice, al quale è stata fornita risposta dalla struttura che detiene l'informazione, entro i termini di legge.

In caso di inadempimento degli obblighi in materia di accesso civico, le conseguenze previste dalla L. 160/2019 sono le seguenti:

- valutazione negativa ai fini della responsabilità dirigenziale;
- applicazione della sanzione di cui all'art. 47, co. 1 bis (come modificato);
- eventuale responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione;
- valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

## **11 Monitoraggio sull'attuazione della sezione trasparenza**

Il Responsabile per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, ha l'obbligo di verificare ed esaminare lo stato di attuazione degli adempimenti.

Per operare efficacemente l'azione di monitoraggio, è prevista l'attivazione mediante:

- verifica della tempestività degli aggiornamenti con particolare riferimento alla pubblicazione "a carattere tempestivo" contestuale al verificarsi degli atti/eventi riducendo a 30 giorni il termine massimo per l'adempimento dell'obbligo;
- implementazione di "dati ulteriori" per ampliare l'informazione puntuale dell'attività aziendale;
- verifica dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione in formato open data;
- verifica ai fini del controllo in capo all'OIV della veridicità, completezza e tempestività dei dati pubblicati.

Il monitoraggio avrà cadenza semestrale e riguarderà il processo di attuazione della sezione attraverso la scansione dell'attività ed indicando gli scostamenti dal piano originario, con particolare riguardo alla necessità che i soggetti preposti mantengano il materiale pubblicato sul sito web in costante aggiornamento.

In aggiunta al monitoraggio periodico è comunque prevista la redazione di una Relazione Annuale sullo stato di attuazione Piano e della relativa sezione che sarà opportunamente inviata all'OIV e pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Di regola entro il 30 aprile dell'anno successivo l'OIV adotta l'Attestazione della scheda di sintesi e della griglia di rilevazione e relativa pubblicazione con riferimento ai dati pubblicati al 30 marzo dello stesso anno nella sezione "Amministrazione trasparente".

Tale attestazione costituisce strumento di verifica in merito all'effettivo adempimento degli obblighi di trasparenza, l'attività di monitoraggio dell'Organismo Indipendente di Valutazione è focalizzata su un insieme delimitato di obblighi, ritenuti particolarmente rilevanti sotto il profilo economico e sociale, al fine di rendere tale attività al contempo maggiormente sostenibile ed efficace.

I soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché l'Organismo Indipendente di valutazione, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa che individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

Nell'anno 2022, la misura generale della Trasparenza viene sottoposta ad attività di verifica a cura della Struttura del RPCT e vengono adottati i seguenti criteri di valutazione per considerare gli obblighi pienamente soddisfatti:

- Costante aggiornamento
- Completezza
- Tempestività
- Semplicità di consultazione
- Comprensibilità
- Omogeneità
- Facile accessibilità
- Riutilizzabilità.

Va precisato, inoltre, che l'art. 10 co. 3 del D. Lgs. n. 33/2013 riporta: "La promozione di maggiore livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi strategici ed individuali". Tali obiettivi saranno valutati attraverso la seguente classificazione:

- obiettivo raggiunto
- obiettivo in fase di aggiornamento
- obiettivo non raggiunto.

Tenendo in debita considerazione tali premesse, va altresì ricordato che durante l'anno 2019 alcune normative e/o indicazioni di A.N.AC. hanno modificato alcuni obblighi di trasparenza, che si intende riportare nella tabella qui a seguito riportata.

In sintesi i riferimenti normativi di modifica al d.lgs. n. 33/2013 sono i seguenti:

- D. L. 18 aprile 2019 n. 32, Art. 1, co. 1, lett. c)
- Comunicato del Presidente dell'A.N.AC. del 23.07.2019
- Legge 27 dicembre 2019, n. 160 – Modifiche all'apparato sanzionatorio di cui agli artt. n. 46 e 47
- D. L. 30 dicembre 2019 n. 162, Art. 1 co. 7.

## **12 Il coinvolgimento dei portatori di interessi**

L'Istituto Oncologico Veneto-IRCCS ha già attivato iniziative di ascolto dei portatori di interesse (stakeholder) - cittadini, utenti e loro familiari, istituzioni territoriali, Aziende del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di volontariato – che saranno implementate e integrate nel triennio.

Con avviso pubblicato sul sito aziendale "<https://www.ioveneto.it/avviso-pubblico-inerente-laggiornamento-del-piano-triennale-di-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza-2022-2024-aggiornamento-2022/>" sono coinvolti anche gli stakeholder esterni al fine di raccogliere utili suggerimenti e proposte per la redazione del Piano.

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo degli stessi, lo IOV ha attivato vari canali di comunicazione fruibili dai soggetti interessati, pubblicandone gli estremi sul sito internet istituzionale all'interno del quale, in particolare, i cittadini e gli stakeholder possono accedere alla sezione U.R.P. (Ufficio Relazioni con il Pubblico) dove vi è la disponibilità di numeri di telefono, indirizzi mail e orari di apertura dell'ufficio per qualsiasi tipo di segnalazione e di suggerimento per migliorare il servizio offerto dall'Istituto.

Sul proprio portale internet l'Istituto ha pubblicato la modulistica necessaria per consentire agli interessati di azionare il c.d. diritto di accesso civico, introdotto dal D. Lgs. n. 33 del 2013, avente ad oggetto i dati soggetti a pubblicazione ai sensi del decreto delegato predetto.

## **13 Contatti, posta elettronica e posta elettronica certificata (PEC)**

La Posta Elettronica Certificata è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo e allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. Essa rappresenta un'innovazione capace di generare enormi risparmi sul piano economico e di semplificare i rapporti tra privati e Pubblica Amministrazione.

La diffusione della PEC rientra nel processo di "dematerializzazione" dell'azione amministrativa. Lo IOV, in ottemperanza a quanto previsto dalla vigente disciplina, si è dotato di una casella di posta elettronica generale (urp@iov.veneto.it) cui cittadini, imprese e professionisti possono indirizzare le proprie istanze, nonché di varie caselle di posta elettronica certificata al fine di poter concretamente gestire i procedimenti amministrativi con strumenti informatici, realizzando con ciò reali risparmi di spesa ed eliminando i tempi di trasmissione.

La casella pec dell'Istituto cui indirizzare ogni istanza è la seguente: protocollo.iov@pecveneto.it

**In allegato viene inserita la tabella degli adempimenti propri dell'albero della trasparenza di cui all'allegato del Decreto Legislativo n.33/2013 (come modificato dal D. Lgs. 97/2016 e dalla Delibera ANAC n. 1310/2016), suddivisi per Dirigenti responsabili del dato e della pubblicazione dello stesso.**

**Il dato di pubblicazione tempestiva deve intendersi riferito obbligatoriamente al termine di 30 giorni consecutivi dalla data di perfezionamento del dato/documento**

## **ALLEGATI**

- 1. Scheda di mappatura dei processi**
- 2. Mappatura dei rischi**
- 3. Albero adempimenti della Trasparenza**