



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2025-2027

SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Attuazione e aggiornamento della Sottosezione
Rischi Corruttivi e Trasparenza - anno 2025

www.ausl.mo.it/integrita

SOMMARIO

SOMMARIO.....	2
PREMESSA	7
CORRUZIONE E CONFLITTO DI INTERESSI.....	8
PRINCIPI GUIDA NELLA REDAZIONE DELLA SEZIONE	9
Principi strategici:.....	9
Principi metodologici:.....	9
Principi finalistici:.....	10
Approvazione della Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza	10
SOGGETTI COINVOLTI NELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	11
Soggetti destinatari.....	11
Soggetti determinanti	11
Responsabilità.....	17
Procedure di raccordo e coordinamento tra i soggetti determinanti.....	17
OBIETTIVI.....	19
OBIETTIVI GENERALI E STRATEGICI	19
OBIETTIVI SPECIFICI.....	20
SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO	22
CONTESTO ESTERNO.....	22
CONTESTO INTERNO.....	23
MAPPATURA DEI PROCESSI DI OGNI AREA AZIENDALE	23
VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	24
MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI PREVENZIONE.....	27
TRATTAMENTO DEL RISCHIO	28
MISURE DI PREVENZIONE.....	29
MISURE GENERALI.....	29
1. ROTAZIONE DEL PERSONALE	29
1.1. Rotazione ordinaria	29
1.2. Rotazione Straordinaria	32
1.3. Rotazione richiesta da ANAC	32
2. INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ	33
2.1. Trasferimento, sospensione ed estinzione del rapporto di lavoro a seguito di giudizio	33
2.2. Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici.....	33
2.3. Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali.....	35
3. CODICE DI COMPORTAMENTO.....	36
4. PREVENZIONE DEI CONFLITTI D'INTERESSI.....	39
4.1. Dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interessi e obbligo di astensione	40
4.2. Incarichi di collaborazione o consulenza a soggetti esterni all'Azienda	42
4.3. Incarichi extraistituzionali ai dipendenti.....	43
4.4. Attività Libero Professionale Intramoenia.....	44

4.5. Formazione sponsorizzata.....	45
4.6. Accessi degli Informatori Scientifici e degli Specialist di prodotto.....	46
4.7. Ricerca e sperimentazioni cliniche.....	46
4.8. Attività conseguenti al decesso nelle strutture dell’Azienda.....	46
4.9. Il conflitto di interessi nel Nuovo Codice dei contratti pubblici	47
4.10. Misure di prevenzione per l’attuazione degli obiettivi previsti nel PNRR	49
4.11. Dati relativi al titolare effettivo	52
4.12. L’applicazione dei principi in materia di contratti pubblici anche ai rapporti contrattuali con le strutture private accreditate	52
4.13. Donazioni.....	53
5. DIVIETI POST-EMPLOYMENT (CD. “PANTOUFLAGE”).....	54
6. FORMAZIONE	56
7. WHISTLEBLOWING (TUTELA DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO)	57
8. TRASPARENZA.....	59
8.1. Trasparenza dei contratti pubblici.....	61
8.2. Trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR.....	63
8.3. Trasparenza di genere	63
9. ACCESSO CIVICO E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO	64
9.1. Registro degli accessi.....	66
MISURE TRASVERSALI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO.....	67
Informatizzazione e dematerializzazione dei processi	67
Patti d’integrità	67
Regolamenti aziendali	68
Partecipazione a tavoli istituzionali per l’integrità e la legalità	68
Rapporti con la società civile	69
MISURE SPECIFICHE.....	70
STRUMENTI PER L’INTEGRITÀ	71
ALLEGATI.....	72

LEGENDA DELLE ABBREVIAZIONI UTILIZZATE

AVEN Area Vasta Emilia Nord

DGR Deliberazione della Giunta Regionale

D.L. Decreto-Legge

D.Lgs. Decreto Legislativo

D.P.R. Decreto del Presidente della Repubblica

DEC Direttore Esecutivo dei Lavori

DFP Dipartimento della Funzione Pubblica

DIA Dipartimento Interaziendale Acquisti

DL Direttore dei Lavori

ICT Information Communication Technology

L. Legge

OIV Organismo Indipendente di Valutazione

PA Pubblica Amministrazione

PAC Percorso Certificabilità del bilancio

PDP Piano delle Performance

PIAO Piano Integrato di Attività e Organizzazione

PNA Piano Nazionale Anticorruzione

PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

PTPCT Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

RASA Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante

RPCT Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

RUP Responsabile Unico del Procedimento

PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO

- Legge n. 190 del 6 novembre 2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”;
- Provvedimento n. 243 del 15 maggio 2014 dell’Autorità Garante per la protezione dei dati personali “Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”.
- Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016”;
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013”;
- Circolare n. 2/2017 “Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)”, integrata dalla successiva n. 1/2019, redatte dal Dipartimento della Funzione pubblica;
- Delibera ANAC n. 494 del 05 giugno 2019 di approvazione delle Linee Guida n. 15 recanti “Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici”;
- Piano nazionale anticorruzione 2019 (PNA 2019);
- Decreto Legge 9 giugno n. 80 del 2021 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”, art. 6 Piano integrato di attività e organizzazione;
- Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022, approvati dal Consiglio dell’ANAC in data 2 febbraio 2022;
- D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione” (GU Serie Generale n.151 del 30-06-2022);
- Decreto ministeriale 30 giugno 2022, n. 132 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione” (GU Serie Generale n.209 del 07-09-2022)
- Piano nazionale anticorruzione 2022 (PNA 2022) delibera ANAC del 17 gennaio 2023, n. 7;
- D.Lgs. 10 marzo 2023 n. 24 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”;
- D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”;

- D.P.R. del 13 giugno 2023, n. 81 “Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165””;
- Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 aggiornata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023 “Adozione del provvedimento di cui all’articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33”;
- Delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023 “Adozione comunicato relativo all’avvio del processo di digitalizzazione”;
- Piano Nazionale Anticorruzione 2023 (PNA 2023) delibera ANAC del 19 dicembre, n. 605;
- Delibera ANAC n. 493 del 25 settembre 2024 di approvazione delle “Linee guida n. 1 in tema di c.d. divieto di pantouflage art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001”;
- Delibera ANAC n. 495 del 25/09/2024 di “Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell’art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto - Messa a disposizione di ulteriori schemi”.

Premessa

La presente Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza si prefigge di pianificare e programmare azioni ed interventi per contrastare il fenomeno dell'illegalità e prevenire i fenomeni corruttivi attraverso un contesto orientato ai valori della trasparenza, dell'integrità e dell'etica ed un percorso di cambiamento culturale che ponga al centro di ogni azione e decisione amministrativa l'obiettivo della qualità nei servizi, nelle prestazioni e nelle relazioni tra l'Azienda USL di Modena e i cittadini/utenti.

Costituisce sezione coordinata e integrata del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027 dell'Azienda Usl di Modena, elaborata ai sensi dell'art. 6 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80, per il quale: "... [omissis] costituiscono elementi essenziali della sottosezione, quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 del 2013".

Il documento, che rappresenta altresì l'attuazione e l'aggiornamento della Sottosezione all'anno 2025, tiene conto, secondo quanto previsto dalla Legge 06 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", di quanto disposto dalle Linee di Indirizzo del Comitato interministeriale (d.p.c.m. 16 gennaio 2013) e dai Piani Nazionale Anticorruzione (PNA) approvati nel corso degli anni dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, adattandolo al proprio contesto.

Come indicato nel PNA 2022 (delibera ANAC n. 7/2023), l'adeguamento della sezione anticorruzione agli obiettivi di riforma sul PIAO è necessariamente progressivo e graduale, così come il processo di integrazione dei piani confluiti nel PIAO. La presente Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO costituisce pertanto l'adeguamento dinamico, ad aggiornamento periodico annuale, dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e di Trasparenza adottati nel corso degli anni¹:

Elenco degli aggiornamenti	approvazione
Adozione del Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2014-2016	Deliberazione 24 Direttore Generale n. del 28/01/2014
Adozione del Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2015-2017	Deliberazione 38 Direttore Generale n. del 24/02/2015
Adozione del Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2016-2018	Deliberazione 13 Direttore Generale n. del 01/02/2016

¹ In tal senso anche il Consiglio di Stato che, nel parere sullo schema di DPR relativo al PIAO, ha chiarito come l'integrazione e la "metabolizzazione dei piani preesistenti e, soprattutto, la valorizzazione verso l'esterno non potrà che avvenire progressivamente e gradualmente".

Adozione del Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2017-2019	Deliberazione 66 Direttore Generale n. del 07/03/2017
Adozione del Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2018-2020	Deliberazione 38 Direttore Generale n. del 23/02/2018
Adozione del Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2019-2021	Deliberazione 39 Direttore Generale n. del 29/01/2019
Adozione del Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2020-2022.	Deliberazione Direttore Generale n. 21 del 30/01/2020
Adozione del Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023.	Deliberazione Direttore Generale n. 115 del 31/03/2021
Adozione del Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 di transizione verso il Piano Integrato di Attività e Organizzazione	Deliberazione Direttore Generale n. 136 del 15/04/2022
Adozione del PIAO Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza 2023-2025	Deliberazione Direttore Generale n. 63 del 28/02/2023
Adozione del PIAO Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza 2023-2025 – Attuazione e aggiornamento 2024	Deliberazione Direttore Generale n. 82 del 27/02/2024

Tutti i documenti sono pubblicati in Amministrazione Trasparente alla pagina

<https://www.ausl.mo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/integrita/>

Corruzione e conflitto di interessi

Con il termine “corruzione” si fa riferimento a tutti i comportamenti contrari a quelli propri di un funzionario pubblico, fino all’assunzione di decisioni di cattiva amministrazione, cioè di decisioni contrarie all’interesse pubblico perseguito dall’amministrazione, in primo luogo sotto il profilo dell’imparzialità, ma anche sotto il profilo del buon andamento (funzionalità ed economicità).

Ricomprende, quindi, l’intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati dal codice penale e le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, emerge un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Nel PNA 2019, ANAC afferma che “*la corruzione consiste in comportamenti impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse personale o un interesse particolare di terzi, assume (o concorre all’adozione di) una decisione pubblica deviando dai propri doveri d’ufficio cioè dalla cura imparziale dell’interesse pubblico affidatogli*”.

La corruzione ha, dunque, un fondamento necessario: una situazione di conflitto di interessi che resta distinto dall’abuso effettivo della propria posizione (che si concretizza facendo prevalere l’interesse secondario su quello primario).

Dunque il conflitto di interessi non è un comportamento, come la corruzione, ma una situazione, un insieme di circostanze che creano o aumentano il rischio che gli interessi primari possano essere compromessi dall’inseguimento di quelli secondari.

La corruzione è un comportamento che deriva dalla degenerazione di un conflitto di interessi in quanto è l'agire del dipendente pubblico che fa prevalere il suo interesse secondario sull'interesse pubblico-primario. A differenza della corruzione, è caratterizzato da una portata ben più ampia di relazioni sociali ed economiche, la maggior parte delle quali non porta a violazioni, nonostante la sua presenza possa tendenzialmente violare l'equilibrio socialmente accettabile tra l'interesse privato e i doveri e le responsabilità di perseguimento dell'interesse pubblico di un individuo. Pertanto è importante che in presenza di un conflitto di interessi questo venga portato in evidenza affinché possa essere effettuata una valutazione dell'intensità e del rischio di scelte non imparziali.

Principi guida nella redazione della sezione

A fronte delle gravi conseguenze che i fenomeni corruttivi determinano in termini di fiducia dei cittadini, la prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza sono generatori di valore pubblico perché diretti a prevenire, evitare, che l'azione della Azienda possa essere compromessa, violata o sviata da comportamenti contrari alla legge o da comportamenti di abuso di posizione tesi a privilegiare interessi privati o comunque secondari ed a migliorare il livello di benessere delle comunità di riferimento.

Nella elaborazione del documento trovano piena applicazione alcuni principi di ordine strategico, metodologico e finalistico già enunciati nel PNA 2019 e nel PNA 2022.

Principi strategici:

- cultura organizzativa diffusa di gestione del rischio corruttivo che non riguarda solo il RPCT ma coinvolge l'intera struttura. A tal fine, occorre sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate;
- collaborazione e coordinamento con la Regione Emilia Romagna tramite la Rete per l'Integrità e la Trasparenza, forma di raccordo tra i Responsabili della prevenzione della corruzione e della Trasparenza delle amministrazioni del territorio emiliano-romagnolo e l'OIV, partecipazione ai Tavoli di lavoro e confronto sovra aziendali in materia di integrità, prevenzione della corruzione, legalità.

Principi metodologici:

- prevalenza della sostanza sulla forma;
- gradualità;
- selettività: il trattamento del rischio avviene a partire dai processi risultati a rischio più elevato: sono introdotte nuove misure di contrasto del rischio, soltanto dopo avere considerato quelle già esistenti e solo se ritenute effettivamente necessarie;
- integrazione: è assicurata una piena integrazione tra il processo di gestione del rischio corruzione e il ciclo di gestione della performance;

- miglioramento e apprendimento continuo: il processo di gestione del rischio è improntato a una logica di continuo miglioramento, grazie ai processi di apprendimento generati dal sistema di monitoraggio predisposto per verificare l'attuazione delle misure e del sistema di prevenzione nel suo complesso.

Principi finalistici:

- **effettività:** il processo di gestione del rischio tende ad una effettiva riduzione del livello di esposizione dell'organizzazione, coniugandosi con criteri di efficienza e efficacia complessiva dell'amministrazione, evitando di generare oneri organizzativi inutili o ingiustificati e privilegiando misure specifiche che agiscono sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- integrazione tra il processo di gestione del rischio corruzione e il ciclo di gestione della performance finalizzata all'obiettivo "valore pubblico".

Approvazione della Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza

La sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO è adottata dalla Direzione Aziendale, su proposta del RPCT. Il Responsabile vigila annualmente sull'attuazione delle misure previste nel Piano, i cui esiti confluiscono nella Relazione annuale.

Il percorso seguito nell'aggiornamento e redazione della presente sottosezione è il seguente:

- condivisione degli obiettivi strategici con la Direzione aziendale
- individuazione/aggiornamento delle misure di prevenzione con i dirigenti responsabili delle aree a rischio di corruzione
- individuazione dei responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati nelle pagine di "Amministrazione Trasparente" del sito Internet
- condivisione di misure di contrasto e regolamenti uniformi in ambito regionale, di Area Vasta Emilia Nord e in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena
- adozione di linee comuni condivise in sede regionale
- analisi degli esiti dei monitoraggi effettuati

Sin dal primo PTPC adottato nel 2013, il documento è stato dunque elaborato con il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei Direttori/Responsabili delle articolazioni organizzative, nella mappatura dei processi, nell'attività di analisi e misurazione dei rischi, nelle proposte e definizione di adeguate misure di prevenzione e nel monitoraggio sulla loro attuazione. I processi analizzati sono stati individuati partendo dalle Aree definite dalla legge 190/2012 e dai PNA ad alto rischio ed effettuando una valutazione del rischio delle diverse fasi/attività. Per le attività maggiormente esposte a rischio alto o medio alto, sono state analizzate le cause dei possibili eventi corruttivi e individuate, con i diversi responsabili delle attività, le misure di contenimento.

Soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza

Soggetti destinatari

Tutto il personale che a qualsiasi titolo presta attività lavorativa per l'Azienda è tenuto al rispetto di quanto previsto dalla presente Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO. Nello specifico:

- i dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, sia con rapporto esclusivo che non esclusivo;
- i dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo;
- i collaboratori e consulenti dell'Azienda con qualsiasi tipologia di contratto e incarico, conferito a qualsiasi titolo;
- i medici e altro personale universitario integrati per l'assistenza;
- i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni;
- i medici in formazione specialistica, ricercatori a tempo determinato e/o con contratti flessibili, dottorandi, assegnisti di ricerca autorizzati allo svolgimento delle attività assistenziali e tirocinanti;
- il personale a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni, servizi o lavori, in conformità con quanto previsto dai Patti di integrità dagli stessi sottoscritti;
- i volontari componenti di associazioni di volontariato, in conformità con quanto previsto dagli accordi dalle stesse sottoscritte;
- i soggetti che a diverso titolo operano o accedono in Azienda;
- i soggetti che stipulano contratti o convenzioni con l'Azienda.

Soggetti determinanti

- il **Direttore Generale** e i suoi diretti collaboratori²
- il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**³ nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 2 del 02/01/2024. Nello svolgimento del proprio ruolo, il

² Tra i principali compiti definiti dal PNA approvato con delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019:

*designa e supporta il RPCT creando le condizioni per favorirne l'indipendenza e l'autonomia anche con disponibilità di risorse umane e digitali adeguate;

* definisce gli obiettivi strategici in materia;

* adotta la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: codice di comportamento, patti di integrità, ecc.).

³ Tra i principali compiti e funzioni [l. 190/2012, D.Lgs. 33/2013]:

* elabora la proposta del Piano Integrato di Attività e Organizzazione dedicata a sezione anticorruzione e trasparenza;

* provvede alla verifica l'attuazione del piano, nonché alla proposta di modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nella attività;

RPCT è coadiuvato operativamente dal personale specificamente individuato e autorizzato. La complessità dell'organizzazione aziendale rende inoltre opportuno l'affiancamento al RPCT di Referenti qualificati, individuati nei Direttori/Responsabili delle Strutture/Servizi e dalle figure da loro designate quali Referenti operativi per l'attuazione delle misure.

- **Servizio Sviluppo Organizzativo, Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane (SOVVRU)** supporta ed affianca il RPCT per la corretta implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet aziendale da parte delle strutture aziendali, in una logica di integrazione delle attività e di miglioramento e quale raccordo di merito in materia di trasparenza tra il RPCT stesso ed i servizi aziendali, l'Organismo Aziendale di Supporto, gli stakeholders esterni.

-
- * coordina le attività legate alla prevenzione della corruzione e trasparenza a livello aziendale;
 - * verifica l'applicazione delle misure legate alla trasparenza;
 - * monitora le misure di prevenzione previste nel piano triennale;
 - * supporta i servizi aziendali nella valutazione dei casi di potenziale conflitto di interessi;
 - * svolge i compiti previsti dall'art. 15 del d.l.vo 39/2013 in materia inconferibilità e di incompatibilità;
 - * raccoglie le segnalazioni di illecito e di miglioramento organizzativo e tutela del dipendente che effettua segnalazioni (c.d. whistleblower), anche attraverso il canale criptato aziendale;
 - * cura i rapporti con l'organismo aziendale di supporto all'organismo indipendente di valutazione regionale e con la rete regionale per l'integrità;
 - * provvede alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
 - * provvede ad individuare, su proposta dei Dirigenti, il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità; assicura la formazione dei dipendenti chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
 - * redige nei termini e su modello definiti da ANAC ogni anno una relazione che rendiconta sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal Piano, che va pubblicata sul sito web dell'Azienda;
 - * si occupa del riesame dell'accesso civico nei casi di diniego o mancata risposta allo stesso.

Nello svolgimento delle proprie funzioni può: chiedere ai Servizi/UU.OO. dati e documenti relativi a determinate attività; verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, ipotesi di corruzione e illegalità; effettuare controlli a campione di natura documentale e, in casi di particolare rilevanza, anche mediante sopralluoghi e verifiche presso le strutture competenti. Laddove i riscontri presentino:

- rilevanza disciplinare: ne dà tempestiva comunicazione al Dirigente preposto all'ufficio interessato ovvero al Dirigente sovraordinato e all'Ufficio Procedimenti Disciplinari per i necessari provvedimenti;
- responsabilità contabile: ne informa la Direzione Generale che presenta tempestiva denuncia alla procura della Corte dei conti
- ipotesi di notizia di reato: ne informa la Direzione Generale che ne dà tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica
- sollecita l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e a indicarne il nome all'interno del Piano al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA).

Nell'allegato 3 al PNA 2022 (adottato con delibera n. 7 del 17/01/2023) sono sintetizzati i riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

- **i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza** ⁴: nell'esercizio delle funzioni, il RPCT si avvale inoltre del supporto e della collaborazione, anche con proposte e suggerimenti, di tutti i Dirigenti delle strutture aziendali che concorrono, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive e ad effettuare una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri Servizi. Fungono da interlocutori stabili del RPCT nelle varie unità organizzative e nelle articolazioni periferiche, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo; hanno il compito di affiancarlo nell'attività di gestione dei rischi, nel monitoraggio sull'attuazione delle misure e sugli obblighi di pubblicazione, nella diffusione dei documenti per la prevenzione della corruzione (es. Codice di comportamento, sezione anticorruzione del PIAO, circolari operative), nella diffusione delle misure e obblighi in essi contenuti (es. obbligo di astensione e comunicazione del conflitto di interessi) nonché nelle azioni di sensibilizzazione del personale sui temi dell'etica pubblica⁵. Tutti i Dirigenti, all'interno dei propri processi e per le parti di rispettiva competenza, hanno la responsabilità primaria nell'assicurare la gestione dei rischi di corruzione attraverso l'applicazione delle misure di contenimento e l'adeguatezza

4 In generale:

- * supportano il RTPC: a) nella mappatura dei processi amministrativi, nell'individuazione e nella valutazione del rischio corruzione nei singoli processi amministrativi e loro fasi, partecipando al processo di gestione del rischio e osservando le misure di prevenzione; b) nella individuazione di misure idonee di prevenzione, mitigazione e trattamento del rischio corruzione; c) nell'elaborazione della revisione annuale del Piano con modifiche ed integrazioni che si rendano necessarie o utili in relazione al verificarsi di significative violazioni, a mutamenti organizzativi o istituzionali o nell'attività o altri eventi significativi in tal senso; d) nella programmazione ed attuazione dei piani di controllo a campione;
- * applicano le misure di contrasto previste dal piano per l'area di rispettiva competenza, anche con riferimento all'attuazione, ove possibile, della misura della rotazione dei dipendenti con funzioni di responsabilità e alla proposta di rotazione dei RUP per le attività ove sia più elevato il rischio di corruzione, o all'adozione di misure compensative;
- * assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione; adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione straordinaria del personale;
- * garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare e la loro pubblicazione ai fini del rispetto di quanto stabilito dal d.lgs. 33/2013.
- * monitorano sulla corretta applicazione delle misure di propria competenza;
- * vigilano sull'assenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi da parte dei dipendenti;
- * monitorano periodicamente il rispetto dei termini dei procedimenti di propria competenza;
- * monitorano periodicamente 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;
- * provvedono affinché l'organizzazione della struttura/servizio/ufficio sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e risultato;

5 Al punto 1.10.2 (Rapporti con i Dirigenti) della Relazione AIR allegata al PNA 2022, ANAC chiarisce che occorre valorizzare l'efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative. Inoltre i dirigenti devono tenere conto, in sede di valutazione della performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

del sistema di controllo, comunicando immediatamente al Referente competente o al RPCT eventuali criticità o misure più adeguate. Ciascun dirigente è tenuto inoltre a rispondere alle richieste del RPCT fornendo le informazioni e ogni altra documentazione utile alla gestione del processo di rischio corruttivo⁶.

- **il personale dipendente** ⁷ e **tutti coloro che prestano la loro opera** a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Azienda dell'AUSL di Modena⁸ sono tenuti, oltre che al rispetto di quanto prescritto nel documento, a segnalare al RPCT le eventuali situazioni di illecito di cui vengano a conoscenza;
- **il “Gestore” delle segnalazioni in materia di antiriciclaggio**, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 3 del 02/01/2024, segnala ai sensi del d.lgs. n. 231/2007 (cd. decreto antiriciclaggio) le operazioni sospette comunicando i dati e le informazioni relative all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF) al fine di far emergere fenomeni di riciclaggio e finanziamento al terrorismo⁹;
- **l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** ¹⁰

⁶ L'art. 1, co. 9, lett. c), l. 190/2012, con particolare riguardo ai contenuti del PTPC stabilisce che in esso debbano essere previsti obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.

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

⁷ L'art. 8, d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 stabilisce che i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a “rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione”.

⁸ La prevenzione della corruzione deve diventare un'azione sinergica di tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Azienda, indipendentemente dal ruolo ricoperto. La maggioranza degli operatori lavora a contatto con il pubblico e contribuisce alla costruzione dell'immagine dell'Azienda. La diffusione fra tutti gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati rivestono un'estrema importanza.

⁹ Con riferimento alle misure di prevenzione del riciclaggio il PNA 2022 chiarisce che: “tali presidi, al pari di quelli anticorruzione, sono da intendersi come strumento di creazione di valore pubblico, essendo volti a fronteggiare il rischio che l'amministrazione entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali. Nell'attuale momento storico, l'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale”.

¹⁰ La legge n. 190/2012 attribuisce agli Organismi indipendenti di Valutazione (OIV) diversi compiti, che sono stati successivamente ampliati con il D. Lgs. n. 97/2016, che ha rafforzato il ruolo dell'Organismo stesso in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Le modalità di attivazione e il funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Regionale sono disciplinate dal Regolamento regionale 1/2019 emanato con Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 35/2019.

Tra i principali compiti in questo ambito:

- **l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS)¹¹**
- **l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari^{12 13 14}**
- **il Servizio di Internal Audit e altri Uffici preposti ai controlli interni¹⁵¹⁶**

* verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori ed utilizza i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale, del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati;

* esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento adottato ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001.

* verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette all'OIV, oltre che all'organo di indirizzo, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012.

* riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione dei PTPCT (art. 1, co. 7, l. 190/2012).

¹¹ L'Organismo Aziendale di Supporto è stato istituito con DGR n. 334 del 17 marzo 2014 al fine di garantire all'OIV del SSR il necessario supporto all'attività di programmazione e valutazione, la corretta gestione procedimentale e documentale del processo valutativo e di assicurare la disponibilità di tutte le informazioni specifiche relative a ciascuno degli enti e delle Aziende del SSR in una prospettiva di confronto tra valutatore e valutato in ogni fase.

La composizione dell'OAS dell'Azienda USL di Modena è stata rinnovata con Deliberazione del Direttore Generale n. 260 del 30/07/2024.

¹² L'organizzazione e il funzionamento dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari sono disciplinati dal Regolamento adottato con Deliberazione n. 215 del 03/07/2024. Oltre a svolgere i procedimenti disciplinari di propria competenza, propone l'aggiornamento del Codice di comportamento e provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria. Predispone una relazione annuale dell'attività disciplinare svolta complessivamente e delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza da trasmettere al RPCT (Codice di comportamento).

¹³ Art. 55 bis d.lgs. 165/ 2001 (Forme e termini del procedimento disciplinare)

¹⁴ Art. 20 d.p.r. 3/1957; art.1 c. 3, l. 20/1994; art. 331 c.p.p. (obblighi di denuncia)

¹⁵ Con riferimento alle funzioni dell'Internal Audit, la L.R. Emilia Romagna n. 9/2018, introduce l'art. 3-ter della L.R. 29/2004 dove si precisa che "in ciascuna Azienda sanitaria è istituita la funzione di audit interno per la verifica, il controllo, la revisione e la valutazione delle attività e delle procedure adottate, al fine di certificarne la conformità ai requisiti legali, alle linee guida e indirizzi regionali, nonché alle migliori pratiche". Con DGR n. 1972 del 11/11/2019 "Istituzione del Nucleo Audit Regionale ai sensi dell'art. 3 ter, comma 3, della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29. Definizione sua composizione", la RER ha dato adempimento alle indicazioni di cui alla L.R. n. 9/2018 sopra citata.

Con Deliberazione n. 25 del 29/02/2016 di revisione del modello organizzativo degli Staff della Direzione Strategica è stato istituito il Servizio Internal Audit, al quale è stato attribuito, con Deliberazione n. 26 del 08/02/2018 lo sviluppo di una attività mirata al coordinamento dei controlli interni, cui hanno fatto seguito l'approvazione del "Sistema Aziendale dei Controlli Interni" (Deliberazione del Direttore Generale n. 307 del 05/11/2018) nonché della collegata Matrice dei controlli DG.MO.011 (All. 1 al DG.DO.026) del 09/04/2019.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 140 del 19/06/2020 è stato attribuito l'incarico di Direttore del Servizio Internal Audit nel contesto del nuovo modello organizzativo aziendale.

La Deliberazione del Direttore Generale n. 439 del 24/12/2024 ha recepito le Linee Guida regionali di cui alla Determinazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 18471 del 10/09/2024 e adottato il nuovo documento "Il Sistema di Controllo Interno dell'Azienda USL di Modena" (SCI).

¹⁶ Il Servizio Ispettivo Aziendale è stato da ultimo nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 461 del 21/12/2022. L'attività del Servizio Ispettivo, disciplinata dal "Regolamento dei Servizi Ispettivi" elaborato dall'Area Vasta Emilia Nord ed approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 401 del 19/12/2019, è finalizzata, ai sensi della normativa vigente, all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni in materia di:

- **il Collegio sindacale**, cui sono attribuiti compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile della gestione aziendale;
- **il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RSA)**¹⁷, ovvero il soggetto responsabile incaricato¹⁸ della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, è il dott. Eugenio Farina, Direttore ff del Servizio Unico Acquisti e Logistica, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 226 del 12/07/2024¹⁹;
- **il Data Protection Officer (DPO)**²⁰ e **l'Ufficio Privacy e Accesso agli atti aziendale**: figure di riferimento per il RPCT per tutte le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali e per la gestione delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato poste dalla normativa vigente in capo al RPCT²¹, nel caso in cui rilevino profili attinenti alla protezione dei dati personali;
- **il Responsabile per la Transizione Digitale**²², nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 52 del 24/02/2021 ai sensi all'art. 17 del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) e della Circolare n. 3/2018 del Ministro della Funzione Pubblica²³;
- **gli Stakeholders**: l'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso lo stakeholder engagement (il cui significato letterale è "coinvolgimento dei portatori di interesse") e i Comitati Consultivi Misti costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda,

-
- incompatibilità del rapporto di lavoro a tempo pieno ed a tempo parziale
 - corretto svolgimento di attività libero-professionale intra ed extra muraria
 - applicazione del divieto di cumulo di impieghi ed incarichi
 - controlli inerenti agli incarichi extra istituzionali, presenza in servizio, iscrizione ordini e collegi ecc.

¹⁷ Le stazioni appaltanti di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture hanno l'obbligo di richiedere l'iscrizione (e l'aggiornamento) all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) presso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici a pena di nullità degli atti adottati e di responsabilità amministrativa e contabile dei funzionari responsabili.

¹⁸ dall'art. 33 ter, comma 2 della Legge n. 221/2012

¹⁹ In caso di mancata indicazione nel PTPCT del nominativo del RASA, previa richiesta di chiarimenti al RPCT, l'ANAC si riserva di esercitare il potere di ordine ai sensi dell'art. 1, co. 3, della l. 190/2012, nei confronti dell'organo amministrativo di vertice, che, nel silenzio del legislatore, si ritiene il soggetto più idoneo a rispondere dell'eventuale mancata nomina del RASA.

Nel caso di omissione da parte del RPCT, il potere di ordine viene esercitato nei confronti di quest'ultimo.

²⁰ Il Data Protection Officer è stato nominato ai sensi dell'art. 37 del GDPR 2016/679 con deliberazione del Direttore Generale 110 del 27/04/2018.

²¹ art. 5, comma 7, del D.lgs. 33/2013 e s.m.i..

²² AGID (Agenzia per l'Italia Digitale) riporta tra le principali funzioni del Responsabile per la Transizione Digitale quella di garantire operativamente la trasformazione digitale della Pubblica Amministrazione, coordinandola nello sviluppo dei servizi pubblici digitali e nell'adozione di modelli di relazione trasparenti e aperti con i cittadini

²³ La Circolare raccomanda di prevedere l'adozione dei più opportuni strumenti di raccordo e consultazione del RTD con le altre figure coinvolte nel processo di digitalizzazione della pubblica amministrazione, tra i quali il RPCT.

in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente Piano.

Responsabilità

In questo ambito rileva:

per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT):

- la responsabilità dirigenziale²⁴ per il caso di mancata predisposizione del Piano Triennale²⁵ e di mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti su questi temi;
- la responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa - oltre che per il danno erariale e all'immagine della PA - nel caso in cui all'interno dell'Azienda USL di Modena vi sia una condanna per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato²⁶. È esclusa la responsabilità: a) se prova di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano e di aver vigilato sul suo funzionamento e osservanza; b) ove l'inadempimento degli obblighi, sia "*dipeso da causa a lui non imputabile*".

per i dirigenti la responsabilità dirigenziale:

- in quanto tenuti a "*fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione*";
- in materia di trasparenza, per inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico o eventuali ritardi nell'aggiornamento dei dati, informazioni e documenti da inserire nella Sezione del sito istituzionale denominata "Amministrazione Trasparente"²⁷.

per tutti coloro che collaborano a qualsiasi titolo: devono essere rispettate le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione previste nel presente documento e la loro violazione costituisce illecito disciplinare.

Procedure di raccordo e coordinamento tra i soggetti determinanti

Al fine di approntare un efficace e concreto sistema di prevenzione e contrasto della c.d. maladministration è adottato un percorso ad andamento circolare, secondo il seguente modello operativo:

- il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione ed alle strategie finalizzate a garantire il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza, stimolando attivi meccanismi di feedback rispetto all'andamento delle misure approntate;

²⁴ ai sensi dell'art. 21 del d.lgs 165/2001

²⁵ D.L. n. 90/2014, art. 19, co.5

²⁶ Legge 190/2012 art. 12 e 14

²⁷ Ai sensi dell'art. 1, comma 33, della l. n. 190/2012, dell'art. 46 [responsabilità] e dell'art. 47 [sanzioni] del dlgs. n. 33/2013

- tutti i dirigenti, i responsabili/referenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel presente piano, segnalano le situazioni di illecito, segnalano le situazioni di personale conflitto di interessi e prestano la loro collaborazione al RPCT. I dirigenti vigilano, altresì, sull'osservanza del Codice di comportamento e partecipano attivamente alla individuazione dei processi e delle misure per prevenire il rischio di corruzione, proponendole al RPCT.

Tali soggetti, nell'esercizio delle funzioni ivi descritte, sono tenuti a mantenere tra di loro un raccordo ed un coordinamento dinamico e costante.

Obiettivi

Obiettivi generali e strategici

Gli obiettivi principali che la presente sottosezione pone nell'ambito delle strategie di prevenzione, al fine di favorire la creazione di valore pubblico in coerenza con i principi sopra enunciati²⁸, sono volti a:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione
- garantire un contesto organizzativo sfavorevole alla corruzione
- diffondere la cultura della legalità

Nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (Delibera ANAC n. 1064/2019) e nel PNA 2022 (Delibera ANAC n. 7/2023) vengono indicati i **principali obiettivi strategici**. Sulla base di queste indicazioni, il Piano persegue tra i propri obiettivi strategici e di ulteriore dettaglio:

- la promozione di maggiori livelli di trasparenza²⁹;
- l'aggiornamento dei contenuti di "Amministrazione Trasparente" nei tempi stabiliti per le parti di competenza e nel rispetto degli obblighi di pubblicazione anche con il ricorso all'informatizzazione del flusso dei dati, anche tramite il link alle Banche Dati di cui all'art. 9 bis del d.lgs. 33/2013;
- l'incremento della formazione in materia, l'innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio della qualità della formazione erogata;
- la partecipazione dei dirigenti o dei funzionari esperti da essi delegati:
 - * alla mappatura dei processi ed alla valutazione del rischio corruttivo nelle varie articolazioni aziendali con i criteri metodologici identificati da ANAC nel PNA del 2019 e nel PNA 2022;
 - * alla definizione delle misure di prevenzione secondo una logica di migliore efficacia;
 - * alla funzione di controllo e monitoraggio sulla loro attuazione ed in funzione della adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione;
- la partecipazione del RPCT alla Rete per l'Integrità e la Trasparenza, promossa dalla Regione Emilia-Romagna ai sensi dell'articolo 15 Legge Regionale nr. 18/2016;
- il collegamento con il Piano della Performance³⁰.

²⁸ Come affermato da ANAC nel PNA 2022, il primo obiettivo che va posto è quello del valore pubblico secondo le indicazioni contenute nel D.M. n. 132/2022. L'obiettivo generale della creazione di valore pubblico "può essere raggiunto avendo chiaro che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del e per la creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale di ogni amministrazione o ente".

²⁹ già previsto dall'art. 10, co. 3, del d.lgs. 33/2013

³⁰ in attuazione della delibera n. 3/2016 dell'OIV regionale, è stata individuata nella dimensione della performance dei processi interni una specifica area - anticorruzione e trasparenza - che contiene gli indicatori specifici di misurazione e

Con riferimento alle novità legislative recentemente intervenute, nonché della rilevanza e dell'attenzione posta dall'Azienda su ambiti particolarmente sensibili, si è ritenuto altresì di integrare la programmazione con i seguenti obiettivi strategici:

- consolidamento delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR/PNC;
- ampliamento della formazione sul Codice di comportamento e sui temi dell'etica³¹.

Obiettivi specifici

Per il triennio 2025 – 2027, in sincrono con il Piano della Performance e la programmazione annuale di Budget, in coerenza con le Linee di programmazione regionale, nonché in continuità con la precedente programmazione 2021-2023 e 2023-2025, sono individuati i seguenti obiettivi:

Obiettivi specifici/operativi	Indicatori
Sviluppo della sezione anticorruzione Area Contratti Pubblici secondo le indicazioni PNA 2022 determinate dal PNRR, come aggiornate dal PNA 2023	implementazione di ulteriori misure
riduzione del rischio di corruzione	attuazione, monitoraggio, verifica della idoneità delle misure di prevenzione, eventuale revisione ed implementazione di nuove misure sostenibili con la partecipazione dei Direttori/Responsabili alle attività di verifica e monitoraggio periodiche
adempimento degli obblighi di pubblicazione	% del grado di completezza, aggiornamento e apertura dei dati pubblicati
promozione di maggiori livelli di trasparenza	implementazione/aggiornamento della sezione “Altri contenuti”, “dati ulteriori” di “Amministrazione trasparente” con le seguenti voci: attuazione misure PNRR come previsto nel PNA 2022, trasparenza di genere, donazioni, etc.
adempimento obblighi in materia di accesso civico	rispetto dei termini di risposta
automazione dei processi e informatizzazione del flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione “Amministrazione Trasparente”	attraverso: - adeguamento degli applicativi informatici aziendali - utilizzo di banche dati nazionali ai sensi dell'art 9 bis dlgs 33/2013 - digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici prevista dal Codice dei contratti, secondo la normativa vigente, le indicazioni di ANAC e OIV-SSR

valutazione. Ogni dirigente riceve fra gli obiettivi anche quelli annuali relativi a quanto contenuto nel presente piano il cui rispetto/conseguimento viene direttamente rendicontato (per stato di avanzamento) dal RPCT.

³¹ Il nuovo Codice di comportamento è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 39 del 25/01/2024 a seguito degli aggiornamenti introdotti dal DPR n. 81/2023 al DPR 62/2013 (Codice di comportamento dei dipendenti pubblici).

partecipazione ai percorsi di divulgazione e formazione sui temi del Codice di comportamento e dell'etica, della trasparenza e della prevenzione della corruzione	% partecipazione dei professionisti ai percorsi/iniziative di divulgazione e/o formazione proposte nel triennio di riferimento sulla base dei target e delle percentuali definite nella programmazione di budget in collaborazione con il Servizio Formazione con riferimento alla offerta formativa
aggiornamento delle dichiarazioni sul Conflitto d'Interessi	% acquisizione delle dichiarazioni sulla base delle indicazioni regionali
gestione delle procedure di gara attraverso iniziative centralizzate	% di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi
prevenzione del rischio di pantouflage	sviluppo delle misure di contrasto finalizzate all'adeguamento alle Linee guida ANAC 2024
presidio dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa nell'ambito delle acquisizioni di beni o prestazioni per spirito di liberalità	implementazione di ulteriori misure
presidio dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa nell'ambito dell'espletamento dell'attività libero professionale	- implementazione modalità informatizzate di verifica dell'incidenza dell'attività libero professionale rispetto all'attività istituzionale - % prenotazione informatizzata dell'attività libero professionale

Gli obiettivi specifici vengono declinati nelle schede budget di performance, sulla base della programmazione annuale aziendale.

Sistema di gestione del rischio

Con il PNA del 2019³², ANAC ha fornito indicazioni metodologiche utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del “Sistema di gestione del rischio corruttivo” specificando che tali indicazioni costituiscono l’unico documento metodologico da seguire nella predisposizione dei PTPCT (ora del presente documento “Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO”) per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo, mentre restano validi riferimenti gli approfondimenti tematici (es. contratti pubblici, sanità, istituzioni universitarie, ecc.) riportati nei precedenti PNA. Viene definito un approccio valutativo (di tipo qualitativo) da applicarsi in modo graduale che verrà descritto nella apposita sezione, cui si rimanda.

Nello specifico, se da un lato restano invariate le macro - fasi del processo di gestione del rischio, per ciascuna fase, tuttavia, vengono fornite indicazioni di metodo puntuali sulla loro realizzazione che tutte le amministrazioni, operando secondo il principio di gradualità nel tempo, sono tenute a rispettare per giungere a quelli che possiamo definire i 3 obiettivi del processo di gestione del rischio:

- Obiettivo Macro fase 1. **Analisi del contesto**: tale fase comprende sia l’analisi del contesto esterno, sia l’analisi del contesto interno, quest’ultima caratterizzata dalla mappatura completa e approfondita dei processi.
- Obiettivo Macro fase 2. **Valutazione del rischio**: consiste nell’effettuazione di un’analisi dei rischi corruttivi fondata su un approccio di tipo qualitativo, ossia fondata su valutazioni motivate dei soggetti coinvolti nel processo di analisi.
- Obiettivo Macro fase 3. **Trattamento del rischio**: mira a individuare misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l’organizzazione è esposta e programmare tempi e modalità della loro attuazione.

Gli elementi essenziali dell’analisi del contesto sono i seguenti:

- analisi del contesto esterno;
- analisi del contesto interno (ad esso ci si deve riferire se nel PIAO è presente in altre sezioni);
- valutazione di impatto del contesto interno ed esterno;
- mappatura dei processi.

Contesto esterno

Vengono in esame le principali dinamiche territoriali o settoriali e influenze o pressioni di interessi esterni cui l’Azienda USL di Modena è esposta e consiste nell’individuazione e descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio e del settore specifico di intervento nonché delle relazioni esistenti con gli stakeholder e di come queste ultime possano influire sull’attività dell’Azienda.

³² Nell’Allegato n. 1 avente per oggetto: “Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi”

Riguardo alle fonti esterne, è stato recepito il documento elaborato a cura del Gabinetto della Presidenza della Giunta della Regione Emilia Romagna, Area sicurezza urbana e legalità, trasmesso dalla struttura di coordinamento della Rete per l'integrità e la Trasparenza della Giunta regionale dell'Emilia Romagna, contenente i dati aggiornati utili alla descrizione del contesto esterno, sia economico-sociale che criminologico dove rivestono particolare importanza i dati giudiziari relativi al tasso di criminalità generale del territorio di riferimento, alla presenza della criminalità organizzata e/o di fenomeni di infiltrazioni di stampo mafioso nelle istituzioni, nonché più specificamente ai reati contro la Pubblica Amministrazione (corruzione, concussione, peculato ecc.). L'argomento viene trattato nell'**Allegato n. 1 "Contesto esterno"**, cui si rimanda.

Contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione ed è volta a far emergere, prioritariamente, il livello di complessità dell'Azienda USL di Modena e ad evidenziare gli adattamenti, macro, dell'apparato organizzativo e procedurale ai mutamenti intervenuti nel corso dell'anno di riferimento.

Conseguentemente riguarda – da una parte – la struttura organizzativa dell'amministrazione/ente e – dall'altra parte – la mappatura dei processi, che rappresenta l'aspetto centrale e più importante finalizzato ad una corretta valutazione del rischio.

La struttura organizzativa dell'Azienda USL di Modena è descritta nell'Atto Aziendale pubblicato sul portale aziendale alla pagina <https://www.ausl.mo.it/atto-aziendale>, che rappresenta la “carta di identità” dell'Azienda, negli organigrammi e negli atti di composizione del Manuale Organizzativo dell'Azienda (<https://www.ausl.mo.it/azienda/direzione-strategica/documenti-istituzionali/organigramma/>) e viene trattata nelle sezioni dedicate all'organizzazione contenute nel PIAO 2025 – 2027³³, cui si rimanda.

Il portale aziendale dedica una sezione all'articolazione organizzativa, collegando la descrizione delle realtà territoriali ed ospedaliere alla Carta dei Servizi aziendale³⁴.

Mappatura dei processi di ogni area aziendale

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la mappatura dei processi che individua e analizza i processi organizzativi che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, risultino potenzialmente esposti a rischi corruttivi. L'obiettivo riguarda l'intera attività svolta dall'Azienda USL di Modena e viene raggiunto gradualmente.

³³ Sezione Struttura Organizzativa.

Per i contenuti di merito si rimanda alla sezione di Amministrazione Trasparente > Disposizioni Generali > Atti generali <https://www.ausl.mo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/> articolata nelle seguenti sottosezioni: PIAO; Riferimenti normativi su organizzazione e attività; Atti amministrativi generali; Atto aziendale e documenti di organizzazione; Documenti di programmazione strategico-gestionale; Statuti e leggi regionali; Codice disciplinare e codice di condotta.

³⁴ <https://www.ausl.mo.it/azienda/direzione-strategica/documenti-istituzionali/carta-dei-servizi/>

La mappatura dei processi con l'indicazione delle Unità Organizzative responsabili è stata realizzata ex novo a partire dal 2021 mediante confronto diretto ed incontri specifici con i dirigenti responsabili delle attività. Dopo averli identificati, al fine di comprenderne le modalità di svolgimento, i processi sono stati descritti attraverso le fasi e attività che li compongono e l'individuazione delle responsabilità e dei soggetti che intervengono nel processo.

Con particolare riferimento all'Area di Attività Contratti Pubblici è stato rappresentato quanto prodotto dal Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, con lo specifico approfondimento nella filiera degli acquisti, anche al fine di rendere più strutturate ed organiche le relazioni tra IntercentER e Aziende sanitarie³⁵.

Più nel dettaglio, occorre rappresentare che nelle Aziende sanitarie della RER sono attivi consolidati percorsi di acquisto con modalità centralizzate, sulla base della pluriennale esperienza di collaborazione tra le Aziende, le Aree Vaste ed IntercentER. L'attività contrattuale delle Aziende sanitarie della Regione ER si svolge stabilmente su tre livelli:

1. un livello regionale, di cui è responsabile in termini di procedure l'Agenzia IntercentER, cui compete, tra l'altro, la sintesi della programmazione degli acquisti di Beni e Servizi della regione Emilia-Romagna (Masterplan);
2. un livello di Area Vasta, dove operano articolazioni organizzative interaziendali dedicate;
3. un livello Aziendale, dove operano i diversi servizi che, a seconda dell'organizzazione aziendale, hanno competenza in materia di acquisti di beni e servizi e, in alcuni casi, di procedure di affidamento di lavori.

Su tale base sono state individuate misure aventi carattere generale e misure specifiche, legate alle diverse fasi del processo di acquisto.

La mappatura dei processi afferenti alle Aree di Attività dell'Azienda viene rappresentata nell'[Allegato n. 2](#).

Valutazione del rischio

I criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi vengono tradotti operativamente in indicatori di rischio (key risk indicators) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti. Si è superata la logica probabilistica utilizzata negli anni antecedenti il 2020 per un approccio di tipo qualitativo con i parametri proposti da ANAC.

³⁵ Nella lettura degli allegati che descrivono la mappatura dei processi, la valutazione del rischio corruttivo, le misure e il monitoraggio (cui si rimanda) si deve tener conto che sono stati elaborati sulla base delle procedure del servizio Acquisti e poi adattato anche agli altri servizi come il servizio Tecnico (questo al fine di evitare inutili duplicazioni per ognuno dei servizi).

Conseguentemente ogni singola attività mappata è stata valutata tenendo conto dei cosiddetti “*fattori abilitanti*”³⁶, ossia quei fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti e/o fatti integranti fenomeni corruttivi e si è tenuto conto che possono essere molteplici e combinarsi tra di loro.

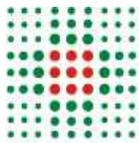
Successivamente è stato valutato il livello di esposizione attraverso le variabili definite come “*indicatori di stima del livello di rischio*”³⁷:

I fattori abilitanti del rischio corruzione e i correlati indicatori e dati oggettivi esemplificativi per la stima del livello di rischio sono riportati di seguito:

Fattori Abilitanti	Indicatori di stima livello di rischio	Criteri di valutazione adottati	Indicatori di rischio: A (alto) M (medio) B (basso)
Monopolio del potere	Grado di concentrazione del potere decisionale	Valutazione sulle attribuzioni del responsabile del procedimento e/o decisore e coinvolgimento di più soggetti o altre strutture nell'istruttoria e nelle fasi decisionali	A / M / B
Eccessiva discrezionalità	Grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata a situazioni di emergenza	Valutazione sul margine di discrezionalità: * in ordine alla definizione di obiettivi operativi ed alla definizione di soluzioni organizzative; * operativo per dare risposta immediata all'emergenza	A / M / B
Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	Coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	Valutazione tiene conto: * della numerosità delle fonti regolamentari, del loro livello di dettaglio e di chiarezza interpretativa, della stratificazione nel tempo di modifiche orientate nello stesso modo o degli interventi di riforma, modifica e/o integrazione; * delle implicazioni determinate da pronunce giurisdizionali in materia	A / M / B

³⁶ Suggesti dall'All. 1 del PNA 2019: * attività vincolata o discrezionale; * eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento; * esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; * inadeguata diffusione della cultura della legalità; * inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; * mancanza di controlli; * mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli; * mancanza di trasparenza; * mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione; * scarsa responsabilizzazione interna.

³⁷ Suggesti dall'All. 1 del PNA 2019: * livello di interesse “esterno”: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio; * 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; * manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata; * opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale ovvero la tracciabilità del processo decisionale tramite documentazione e motivazione; * livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione sembra segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità; * grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.



Livello di interesse "esterno"	La presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio	Valutazione effettuata individuando i soggetti destinatari (beneficiari) dell'attività (distinguendo tra esterni, interni privati e pubblica amministrazione) dell'attività ed il loro grado di incidere sul processo attività	A / M / B
Mancanza di misure di trattamento del rischio/controlli, o mancata attuazione di quelle previste	Grado di attuazione delle misure di trattamento/controlli	Valutazione effettuata tenendo conto dell'applicazione, in concreto, di misure generali e/o specifiche ed a controlli sulla specifica attività	A / M / B
Mancanza di trasparenza	Opacità del processo decisionale	trasparenza in senso sostanziale e tracciabilità delle fasi/soggetti coinvolti	A / M / B
Inadeguata diffusione della cultura della legalità	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata (<i>Sanzioni disciplinari per reati contro la P.A. o altri dove la P.A. è parte offesa, come truffa e simili; Condanne, anche non passate in giudicato, per reati contro la P.A. o altri dove la P.A. è parte offesa, come truffa e simili; Condanne, anche non passate in giudicato, della Corte dei conti per responsabilità amministrativa-contabile; Segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione</i>)	Valutazione: * sulla evidenza di eventi corruttivi accertati con sentenze, anche non passate in giudicato e/o a seguito di procedimenti disciplinari e * sulle segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale; * sulla loro rilevanza in relazione alle attività specifica;	A / M / B
Competenza, formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti	Livello di formazione e competenza raggiunto tramite a corsi e/o aggiornamento sul campo; partecipazione a riunioni periodiche per la condivisione di obiettivi e risultati della struttura	Valutazione integrata con il livello di complessità e formazione necessarie allo svolgimento delle attività	A / M / B

Per individuare quei comportamenti e/o fatti che possono concretizzare il fenomeno corruttivo, sono state utilizzate le interviste/incontri con i Direttori delle strutture o Dirigenti di Area, le risultanze dell'attività dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari ed i confronti informali e non strutturati con le amministrazioni del territorio non solo regionale.

Nella definizione della "valutazione complessiva del rischio"³⁸ si è tenuto conto, dunque, delle misure adottate nel corso dell'anno precedente, dell'assenza di segnalazioni dei propri dipendenti e dei lavoratori o dei collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'Azienda, tramite il canale del Whistleblower³⁹ e dell'assenza di manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata e del principio generale nonché del criterio generale di "prudenza" al fine di evitare la sottostima del rischio.

In questa fase del processo di gestione del rischio, è stato stimato (*identificato, analizzato e confrontato*) il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio e ciò ha permesso

³⁸ Riportata nell'allegato registro dei rischi, vedi oltre

³⁹ <https://www.ausl.mo.it/segnalazioneilleciti>

di formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato per ogni singolo processo mappato che rappresenta la ponderazione del rischio e ha lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi e il contesto in cui opera l'Azienda, attraverso il loro confronto.

Tale valutazione complessiva del rischio, declinata per singola attività e corredata dalla relativa motivazione è contenuta nell'Allegato n. 3.

Monitoraggio del processo di prevenzione

Il monitoraggio consente di verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie; comprende, dunque, le seguenti attività:

- rilevazione dello stato di attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- verifica dell'idoneità delle misure a neutralizzare o ridurre il rischio ovvero, allo scopo di far emergere criticità nello svolgimento del processo/attività e individuare se la misura non è coerente con il rischio o se si tratta di una attuazione meramente formale.

Il sistema adottato prevede un monitoraggio di primo e di secondo livello.

Il monitoraggio di primo livello si svolge su tutti i processi con cadenza annuale attraverso relazioni di autovalutazione redatte dai Direttori/Responsabili delle strutture, corredate eventualmente di idonea documentazione a supporto. L'autovalutazione sull'attuazione ed idoneità delle misure adottate nel Piano utilizza gli indicatori di monitoraggio declinati nel piano ed illustra il grado di realizzazione delle misure e le eventuali iniziative/modifiche da avviare/adottare.

Il monitoraggio di secondo livello si svolge con cadenza annuale attraverso specifici incontri e contatti del RPCT con i Direttori/Responsabili delle strutture e riguarda tutti i processi individuando le strutture da monitorare nel corso del triennio, attraverso i seguenti criteri di campionamento:

- 1) presenza di criticità riscontrate nei monitoraggi dell'ultimo triennio
- 2) eventuali segnalazioni pervenute in corso d'anno da whistleblowing o altri canali;
- 3) strutture che non hanno fatto pervenire al RPCT la propria autovalutazione
- 4) processi/attività non monitorati nelle precedenti annualità (criterio di rotazione)

Il RPCT acquisisce i dati e le informazioni prodotte nell'ambito del monitoraggio di primo livello, li esamina e nel caso in cui rilevi criticità o anomalie, collabora a predisporre le iniziative più adeguate a sostituire o riprogrammare la misura con la collaborazione del responsabile della struttura. Può verificare altresì l'attendibilità e completezza delle informazioni rese in autovalutazione anche tramite la richiesta di documenti e programma incontri di audit specifici con verifiche sul campo con i singoli servizi sulla applicazione delle misure di prevenzione⁴⁰.

⁴⁰ Le strutture aziendali possono anche dotarsi di specifiche procedure di monitoraggio per coordinare le attività di controllo e rendicontazione sui processi mappati e sulle relative misure di prevenzione. Nel corso del 2023 la Rete Amministrativa Aziendale, che ricomprende tutte le attività amministrative ospedaliere e territoriali, ha approvato la procedura DA.PO.054 del 20/10/2023 al fine di implementare un sistema di controlli standardizzato, caratterizzato

Le risultanze del monitoraggio sulle misure di prevenzione della corruzione costituiscono il presupposto per la definizione ed aggiornamento del Piano.

I dirigenti/responsabili degli uffici e tutti i dipendenti hanno il dovere di fornire il supporto necessario al RPCT.

Un ulteriore strumento di monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda è costituito dalla Relazione annuale del RPCT, redatta in base alle indicazioni di ANAC, trasmessa alla Direzione Aziendale e all'Organismo Indipendente di Valutazione, e pubblicata sul sito Internet aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente <https://www.ausl.mo.it/amministrazione-trasparente/prevenzione-della-corruzione>⁴².

La rendicontazione di sintesi sull'attuazione delle misure e delle azioni sinora adottate, ad esito delle attività di monitoraggio sull'anno precedente, è trattata nel seguito del documento nei paragrafi dedicati alle singole tematiche.

Trattamento del rischio

La fase del trattamento del rischio corruttivo, identificato attraverso le attività propedeutiche di mappatura e valutazione del rischio sopra descritte ed integrato con le risultanze del sistema di monitoraggio, ha prodotto l'individuazione, la progettazione e la programmazione delle misure generali⁴³ e specifiche, puntuali e concrete, idonee a prevenire i rischi corruttivi individuati che agiscono in maniera puntuale su problemi specifici e vengono contestualizzate in relazione ai singoli processi mappati e che si caratterizzano per l'incidenza su rischi specifici non neutralizzabili con il ricorso a misure generali.

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nel presente documento (cui tutti concorrono con diversi ruoli e gradi di responsabilità) sono pertanto il risultato di un'azione sinergica del RPCT e dei singoli Dirigenti/Direttori delle Strutture, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e dei monitoraggi al fine di garantire un capillare presidio del sistema di prevenzione. Con riferimento alle singole misure di prevenzione generali e specifiche e di trasparenza, nei prospetti riportanti il registro dei rischi, le linee di attuazione e di monitoraggio delle stesse - **Allegato n. 4** - sono indicati i Direttori/Responsabili dei Servizi responsabili dell'attuazione delle misure e della relativa attività di verifica.

dalla terzietà, finalizzato a ridurre i rischi di corruzione, nelle attività che, in ragione della loro natura e peculiarità, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

⁴¹ Art. 1, comma 14 della L. 190/2012

⁴² Art. 1, comma 14 della L. 190/2012

⁴³ Per la loro natura riguardano trasversalmente tutta l'azienda, sono stabili ed incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione in forza di specifiche disposizioni legislative.

Misure di prevenzione

Misure Generali

Le misure “**generali**”⁴⁴ in materia di prevenzione della corruzione sono previste da apposite norme di legge e devono, quindi, essere applicate obbligatoriamente:

1. Rotazione del personale
2. Inconferibilità e incompatibilità
3. Codici di comportamento
4. Prevenzione di conflitti d’interesse
5. Pantouflage
6. Formazione
7. Whistleblowing
8. Trasparenza
9. Accesso civico e accesso civico generalizzato

Di seguito, viene declinata ogni misura, specificando lo stato di attuazione così come risultante dagli esiti dell’ultimo monitoraggio.

1. Rotazione del personale

1.1. Rotazione ordinaria⁴⁵

La rotazione “ordinaria” del personale è una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L’alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con

⁴⁴ illustrate nella Parte III del PNA 2019-2021: In relazione alla loro portata, le misure possono definirsi “generali” quando si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in modo trasversale sull’intera amministrazione o ente; “specifiche” laddove incidono su problemi specifici individuati tramite l’analisi del rischio e pertanto devono essere ben contestualizzate rispetto all’amministrazione di riferimento.

⁴⁵ La rotazione “ordinaria” del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione ed è stata introdotta nel nostro ordinamento, quale misura di prevenzione della corruzione, dalla legge 190/2012 - art. 1, co. 4, lett. e), co. 5 lett. b), co. 10 lett. b). In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo contribuendo alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. Detta misura viene impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell’Azienda USL di Modena senza determinare inefficienze e malfunzionamenti e strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Un ulteriore obiettivo è quello di creare i presupposti per un adeguato livello di benessere organizzativo permettendo al dipendente di trovare nuovi stimoli e opportunità di crescita professionale.

gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate e l'assunzione di decisioni non imparziali.

I principali criteri seguiti per attuare le misure di rotazione, sono:

- rotazione territoriale, che prevede l'assegnazione del dipendente ad un diverso ambito territoriale;
- rotazione funzionale, che prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze nella medesima struttura;
- rotazione funzionale e territoriale: che prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze e in altra struttura;

Ove non sia possibile utilizzare la rotazione "ordinaria" come misura di prevenzione della corruzione, vengono operate scelte organizzative e modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività e l'articolazione delle competenze.

Si applica, quindi, il principio della "segregazione/segmentazione delle funzioni", che prevede la suddivisione di una singola procedura fra più operatori appartenenti a quel servizio, al fine di ridurre ogni forma di rischio di corruzione o anche solo di potenziale errore.

La scelta dell'applicazione di uno dei predetti criteri viene operata in base alle esigenze organizzative della struttura interessata, avendo riguardo al tipo di rischio connesso, alle specifiche attività e al momento di attuazione della misura. Tali criteri sottendono comunque un presupposto fondamentale riguardante la garanzia di un corretto svolgimento delle funzioni aziendali in termini di conoscenze, competenze tecniche specifiche, di sicurezza degli interventi, di efficacia e appropriatezza degli interventi e di efficienza.

La rotazione non può essere applicata per figure professionali per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche e/o è richiesto il possesso di lauree specialistiche non presenti per altre figure dirigenziali o particolari requisiti del reclutamento.

Nel settore della sanità, come anche evidenziato da ANAC⁴⁶, l'applicabilità del principio della rotazione presenta criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni. Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicazione, prevedendo quindi ove ritenuto necessario altre misure di prevenzione.

Il percorso di conferimento di incarichi dirigenziali di struttura complessa nell'area clinica è infatti caratterizzato dalla specificità del profilo che ne può determinare l'infungibilità.

Inoltre, anche gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es. ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.) e spesso le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero limitato all'interno delle aziende sanitarie.

⁴⁶ Con specifico riguardo alla rotazione "ordinaria" degli incarichi nell'organizzazione sanitaria l'Autorità ha fornito alcune indicazioni nella parte Speciale del PNA 2016, Approfondimento Sezione "Sanità", cui si rinvia.

Pur in un contesto caratterizzato da tali limiti, l'Azienda è intervenuta in diversi settori, considerati più a rischio, per individuare misure che, pur con valenze organizzative diversificate, andassero nella direzione auspicata di favorire maggiore condivisione delle funzioni o a vere e proprie rotazioni di professionisti ed operatori.

Dall'anno 2020 è stato posto in essere un profondo percorso di rinnovamento organizzativo⁴⁷ che ha comportato anche l'individuazione dei nuovi Direttori dei Distretti dell'Azienda.

Misure di rotazione vengono invece assunte sistematicamente in ambito veterinario e di sanità pubblica⁴⁸ e nel Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale (SUGGP), in relazione all'espletamento delle funzioni di segretario di concorso e di selezione comparativa.

⁴⁷ Deliberazione del Direttore Generale n. 48 del 05/03/2020 ("Rimodulazione della struttura organizzativa aziendale: revisione organizzativa dei servizi dello Staff e della Direzione delle Professioni Sanitarie"), che ha definito il nuovo modello organizzativo dei Servizi di Tecnostruttura, di Staff e dell'area delle Professioni Sanitarie, nonché la deliberazione n. 140 del 19/06/2020, di implementazione operativa e contestuale avvio delle procedure di reclutamento e/o di assegnazione degli incarichi di responsabilità di funzioni e strutture vacanti.

Nel 2021 l'istituzione dei Servizi Unici di Gestione Giuridica del Personale (SUGGP) e Gestione Economica Operativa del Personale (SUGEOP) in sostituzione del Servizio Unico di Amministrazione del Personale (SUAP) [delibera n. 160 del 21/05/2021] ha comportato la nomina di due nuovi Direttori dell'Area Risorse Umane ed e del Direttore Amministrativo del DSP con conseguente passaggio del precedente Direttore Amministrativo DSP quale Direttore Amministrativo DACP e del precedente Direttore Amministrativo DACP a Direttore Servizio Gestione Personale Convenzionato [delibera n. 214 del 30/06/2021].

Con le deliberazioni n. 18 del 28/01/2021, n. 162 del 27/05/2021 e n. 195 del 16/06/2021 si è dato corso alla completa mappatura aziendale degli incarichi di funzione di Area Comparto, nel corso dell'anno si sono conseguentemente svolte le procedure per l'attribuzione di 229 posizioni.

Nel corso del 2022 con le Deliberazioni n. 415 del 31/12/2021 e n. 130 del 14/04/2022 si è dato corso alla rimodulazione organizzativa dei due Dipartimenti Territoriali dell'Azienda, DSM-DP e Cure Primarie, volte ad una razionalizzazione dei percorsi e della struttura organizzativa degli stessi. Con Deliberazione n. 175 del 20/05/2022 si è anche proceduto alla revisione organizzativa dell'assetto aziendale delle attività di Psicologia. Con Deliberazione n. 400 del 04.11.2022 sono state avviate le procedure per l'individuazione dei nuovi Direttori dei Distretti dell'Azienda.

Nell'anno 2023 il processo di riorganizzazione ha interessato i seguenti ambiti: Dipartimento Aziendale di Cure Primarie (Deliberazione n. 33 del 14/02/2023) e i Servizi di Staff e Tecnostruttura (Deliberazione n. 199 del 23/06/2023).

Nel corso del 2024 è stato attuato il completamento della riorganizzazione e il consolidamento delle attività di diagnostica di laboratorio tra l'Azienda USL di Modena e l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena (Deliberazione n. 123 del 05/04/2024).

E' inoltre proseguito il processo di sviluppo dei modelli organizzativi per rafforzare l'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022. In particolare si è dato corso alla revisione dell'assetto organizzativo del Dipartimento Aziendale Cure Primarie e del setting della "Transitional Care" con l'istituzione del Dipartimento dell'Integrazione (Deliberazione n. 258 del 30/07/2024).

⁴⁸ Nel 2024 è proseguita l'attenzione all'applicazione della misura preventiva della rotazione del personale, in ambito veterinario, nel quale sono state poste in essere misure che garantiscono una percentuale di rotazione superiore agli indicatori target di riferimento.

Concorre al sistema di rotazione del personale il trasferimento intraziendale di n. 45 Dirigenti Sanitari, di cui n. 26 dell'area medico-veterinaria, nonché il turnover di personale dirigente che per l'Area Veterinaria ha visto per il 2024 l'assunzione di n. 13 veterinari, di cui 6 in area A, 6 in area B, 1 in area C. Nel Servizio Veterinario la rotazione interessa il 20% delle attività o il 20% dei veterinari dirigenti. Più nel dettaglio: in Area A si è attuato un significativo

L'Azienda considera la formazione del personale uno strumento fondamentale per perseguire l'applicazione del principio della rotazione. L'obiettivo è quello di creare, attraverso il Piano formativo, competenze di carattere trasversale e professionalità che possano in essere utilizzate in una pluralità di settori, tenendo conto del principio della continuità e del buon andamento dell'attività e dei servizi erogati.

L'istituto generale della rotazione ordinaria va distinto dall'istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, trattato nel capitolo che segue.

1.2. Rotazione Straordinaria

Il precetto⁴⁹ relativo alla rotazione straordinaria del personale nei casi di avvio di procedimenti penali⁵⁰ o disciplinari per condotte di natura corruttiva⁵¹ viene presidiato dai Dirigenti di struttura e dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

In Azienda non sono sinora stati adottati provvedimenti di rotazione straordinaria del personale.

1.3. Rotazione richiesta da ANAC ⁵².

Non si registrano casi in tal senso presso l'AUSL di Modena.

cambiamento dettato soprattutto da pensionamenti e dalla contestuale assunzione di nuovi veterinari. Si è proceduto inoltre alla assegnazione territoriale per le attività programmate e su chiamata.

In area B, oltre al cambiamento conseguente ai pensionamenti e la contestuale assunzione di nuovi veterinari, si è provveduto anche alla riassegnazione delle ditte (81).

In area C anche nel 2024 la rotazione in alcuni settori quali farmacovigilanza e benessere animale deriva da assegnazione Regionale per cui il cambiamento degli allevamenti da sottoporre a controllo è determinato da altra Autorità Competente. Per altre attività di Area C vengono predisposti Piani sulla base della categorizzazione del rischio. Le modalità sopra indicate hanno consentito di superare nelle 3 Aree il 20% di turnazione previsto. Per quanto riguarda il personale tecnico, si ricorre per ragioni organizzative ad un intervento congiunto di 2 tecnici che garantisce il superamento delle criticità.

Viene inoltre garantito un sistema di turnazione sulle attività di controllo anche nei Servizi Igiene, Alimenti e Nutrizione e Servizio Impiantistico Antinfortunistico.

⁴⁹ L'articolo 16, comma 1, lett. l-quater, del d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 introduce l'istituto della rotazione straordinaria: i dirigenti degli uffici dirigenziali generali "provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".

La rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto iniziale del procedimento penale o disciplinare circoscritto alle sole "condotte di natura corruttiva", le quali, creando un maggiore danno all'immagine di imparzialità dell'Azienda, richiedono una valutazione immediata.

⁵⁰ Nei CCNL è stato introdotto l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'Azienda la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio a pena dell'irrogazione di sanzione disciplinare.

⁵¹ ANAC ha adottato un'apposita delibera n. 215 del 26 marzo 2019 "La rotazione straordinaria"

⁵² A seguito del comma 3 dell'art. 129 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, Il presidente di ANAC informato dal pubblico ministero (in caso di azione penale per i delitti di cui agli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale) dell'esistenza di fatti corruttivi può esercitare i poteri previsti ai sensi dell'art. 1, co. 3, della l. 190/2012, chiedendo all'Azienda USL coinvolta nel processo penale l'attuazione della misura della rotazione

2. Inconferibilità e incompatibilità

2.1. Trasferimento, sospensione ed estinzione del rapporto di lavoro a seguito di giudizio

In caso di giudizio per i delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319 ter, 319-quater e 320 del codice penale ai sensi della Legge 27 marzo 2001, n. 97 è previsto il trasferimento del dipendente ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza⁵³

Il precetto è costantemente presidiato dal Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale (SUGGP), dal Servizio Affari Generali e Legali (AAGGL) e dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) e nel corso del 2024 non sono stati registrati casi.

2.2. Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici

La fattispecie riguarda l'inconferibilità per condanna, anche non definitiva, per i reati previsti nel Titolo II Capo I del Libro secondo del Codice penale ai sensi dell'art. 35-bis del d.lgs. 165 del 2001⁵⁴.

⁵³ la Legge 27 marzo 2001, n. 97 stabilisce che “quando nei confronti di un dipendente di amministrazioni o di enti pubblici ovvero di enti a prevalente partecipazione pubblica è disposto il giudizio per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319ter, 319-quater e 320 del codice penale [...], l'amministrazione di appartenenza lo trasferisce ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza”.

Il trasferimento del dipendente rinviato a giudizio ad ufficio diverso da quello in cui prestava servizio riguarda una serie di reati più ristretta (corruzione, concussione e peculato) rispetto all'intera gamma di reati previsti dal Titolo II Capo I del Libro secondo del Codice Penale.

Dall'esame della norma svolto da ANAC nel PNA 2019, con riferimento alle conseguenze del procedimento penale sul sottostante rapporto di lavoro, e con riferimento ai delitti citati:

- in caso di rinvio a giudizio l'Azienda è tenuta a trasferire il dipendente ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza. In caso di impossibilità (in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi), il dipendente è invece posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento;
- in caso di condanna non definitiva, i dipendenti sono sospesi dal servizio;
- nel caso che sia pronunciata sentenza penale irrevocabile di condanna, ancorché a pena condizionalmente sospesa, l'estinzione del rapporto di lavoro o di impiego può essere pronunciata a seguito di procedimento disciplinare.

I provvedimenti adottati (trasferimento di ufficio, sospensione dal servizio) non hanno natura sanzionatoria ma sono misure amministrative, sia pure obbligatorie, a protezione dell'immagine di imparzialità dell'Azienda. Mentre solo l'estinzione del rapporto di lavoro ha carattere di pena accessoria.

Ciò che rileva per l'applicazione della norma è il rinvio a giudizio per uno dei reati specificamente indicati.

⁵⁴ A seguito dell'art. 35-bis del d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 la condanna, anche non definitiva, per i reati previsti nel Titolo II Capo I del Libro secondo del Codice penale comporta una serie di inconferibilità di incarichi (partecipazione a commissioni di reclutamento del personale, incarichi di carattere operativo con gestione di risorse finanziarie, commissioni di gara nei contratti pubblici) di durata illimitata. La conseguenza dell'inconferibilità ha natura di misura preventiva, a tutela dell'immagine dell'Azienda, e non sanzionatoria. L'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 presenta alcune analogie con l'art. 3 del d.lgs. 39/2013. Secondo la valutazione operata ex ante dal legislatore, i requisiti di onorabilità

Le ipotesi interdittive allo svolgimento di determinate attività si applicano a tutti i dipendenti, quale che sia la qualifica giuridica, condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Il Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale (SUGGP) verifica le dichiarazioni presentate all'atto dell'assunzione di tutti i dipendenti (del comparto e della dirigenza a tempo determinato o indeterminato) tramite il controllo della Banca dati del Casellario Giudiziale Sistema informativo del Ministero della Giustizia e del Registro dei Carichi Pendenti presso le Procure della Repubblica.

All'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati⁵⁵, la verifica viene effettuata con le medesime modalità o, limitatamente alle commissioni di concorso, attraverso la richiesta di informazioni alle amministrazioni di appartenenza.

Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT non appena ne sia a conoscenza provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio⁵⁶.

Il precetto viene costantemente presidiato dal Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale (SUGGP), dal Servizio Affari Generali e Legali (AAGLL), dal Servizio Unico Attività Tecniche (SUAT) e dal Servizio Unico Acquisti e Logistica (SUAL).

e moralità richiesti per le attività e gli incarichi di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'art. 3 del d.lgs. 39/2013, coincidono con l'assenza di precedenti penali, senza che sia consentito alcun margine di apprezzamento all'Azienda (cfr. delibera n. 159 del 27 febbraio 2019; TAR Lazio, Sez. I, 11 giugno 2019, n. 7598).

Le limitazioni previste dalle citate disposizioni hanno natura preventiva e mirano a evitare che i principi di imparzialità e buon andamento dell'agire amministrativo siano o possano apparire pregiudicati a causa di precedenti comportamenti penalmente rilevanti, proprio con riguardo ai reati contro la p.a. L'art. 35-bis prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, *il divieto: - di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; - di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati; - di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.* [Il codice dei contratti pubblici, nel disciplinare le commissioni giudicatrici, richiama espressamente l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 (art. 77, co. 6, del d.lgs. 50 del 2016).] La nomina in contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento. Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni incorrono nella sanzione della nullità ai sensi dell'art. 17 del d.lgs. n. 39 del 2013.

⁵⁵ cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019 ("La nomina di un commissario di concorso colpito da una sentenza penale anche risalente nel tempo inficia la procedura concorsuale").

⁵⁶ PNA 2019

2.3. Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali

L'art. 20 del d.lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità⁵⁷ previste dallo stesso decreto. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4).

Le aziende ed enti del SSR si sono conformate all'orientamento interpretativo espresso da ANAC con la delibera n. 149 del 22 dicembre 2014⁵⁸, nella quale si rilevava che *“le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39”*.

Con questa delibera si è quindi evidenziato come, per le amministrazioni sanitarie del SSN, il legislatore delegante e il D.Lgs. 39/2013, abbiano definito una disciplina di natura speciale, diretta a limitare l'applicazione delle ipotesi di inconferibilità e incompatibilità unicamente ai titolari degli incarichi di vertice espressamente indicati, ai quali si aggiunge anche il Direttore delle

⁵⁷ Il d.lgs. 39/2013 prevede conseguenze per condanne, anche non definitive, per i reati previsti nel Titolo II Capo I del Libro secondo del Codice penale (i reati contro la p.a.), comportando una serie di inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali nelle pubbliche amministrazioni.

Le inconferibilità hanno durata determinata (a differenza delle inconferibilità di cui all'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001) e graduata: più lunga se la condanna è intervenuta per i reati previsti dall'art. 3, co. 1, della legge n. 97/2001, più breve se è intervenuta per tutti gli altri reati contro la P.A..

Le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nelle pubbliche tengono conto, altresì, dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita e costituire un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

Le inconferibilità e incompatibilità rientrano tra le misure di natura preventiva (a tutela dell'immagine di imparzialità dell'Azienda) e non sanzionatoria.

La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento di incarichi e la risoluzione del relativo contratto (art. 17 del d.lgs. 39/2013). Ulteriori sanzioni sono previste a carico dei componenti degli organi responsabili della violazione, per i quali è stabilito il divieto per tre mesi di conferire incarichi (art. 18 del d.lgs. 39/2013).

⁵⁸ Adottata in seguito alla sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014 che recita: *"Appare chiaro ed inequivocabile, dunque, che il legislatore delegato ha dettato una disciplina speciale per il personale delle Aziende sanitarie locali; ed ha fatto ciò in pedissequa applicazione del criterio imposto dalla legge delega, e precisamente dall'art. 1, comma 50, lettera d). Questo prevede esplicitamente una disciplina apposita per il personale delle A.S.L. e delle Aziende ospedaliere al fine di "comprendere" nel regime dell'incompatibilità i tre incarichi di vertice (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo). Peraltro, se i dirigenti medici delle A.S.L. rientrassero automaticamente nella previsione generale dell'art. 12 del decreto delegato, come ha affermato il T.A.R., vi rientrerebbero anche, e a maggior ragione, i titolari dei tre incarichi di vertice. Non vi sarebbe stato dunque bisogno di dettare una disciplina specifica per "comprendere" nel regime dell'incompatibilità questi ultimi. Pare dunque di assoluta evidenza che il legislatore delegante, e di riflesso quello delegato, abbiano inteso dettare per il personale delle aziende sanitarie una disposizione speciale che, nel momento stesso in cui assoggetta al regime delle incompatibilità i tre incarichi di vertice, implicitamente ma inequivocamente esclude da quel regime il personale ad essi subordinato, pur se rivestito di funzioni denominate dirigenziali"*.

Attività Socio-Sanitarie (così come previsto dall'art. 4 del D.Lgs. n. 171/2016). La Legge Regionale Emilia-Romagna 23 dicembre 2004, n. 29 riguardante le "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", modificata, per quanto attiene all'art. 3, comma 5, dalla Legge Regionale 26 novembre 2021, n. 17, ha inoltre introdotto tale disposizione anche per il Direttore Assistenziale.

Il precetto viene presidiato tramite le dichiarazioni annuali sottoscritte dai Direttori Amministrativo, Sanitario, Socio Sanitario e Assistenziale raccolte dal Servizio Affari Generali e Legali (AAGLL).

Occorre in questa sede dare conto che con successive delibere⁵⁹, ANAC ha stabilito l'applicabilità dei limiti e delle preclusioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità ai Dirigenti Professionali Tecnico Amministrativi (PTA) che esercitano in via esclusiva competenze di amministrazione e di gestione: tale orientamento è stato oggetto di una nota interpretativa della Direzione Generale Salute e Welfare della Regione (prot. AUSL 6744/2022), indirizzata all'Autorità medesima, con la quale venivano rappresentati alcuni elementi volti ad esplicitare la non applicabilità di tale disciplina ai dirigenti del SSN in ragione della specialità che contraddistingue l'ambito sanitario. L'orientamento di ANAC è stato quindi successivamente recepito dal Tavolo regionale dei RPCT della RER e dall'OIV-SSR e dalla Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare, che hanno formalizzato l'invito alle Aziende Sanitarie a procedere alla raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni in materia. L'Azienda USL di Modena si è conformata a tale indicazione, raccogliendo le dichiarazioni di cui al d.lgs. 39/2013 anche per tutti i dirigenti della PTA e pubblicando le stesse nella sezione "Amministrazione Trasparente".

3. Codice di comportamento

La legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", riformulando il testo dell'art. 54 del d.lgs. 165/2001, ha imposto l'adozione di un Codice di comportamento nazionale al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. L'art. 54 rende inoltre obbligatoria l'adozione di un Codice per ogni singola amministrazione che tenga conto delle specificità e delle peculiarità legate all'organizzazione di riferimento.

Viene delineato, pertanto, un modello fondato su un doppio livello: da un lato si richiede l'adozione di un Codice unico e generale, valevole per tutte le p.a., dall'altro ogni singolo ente deve dotarsi di un proprio Codice che integri e specifichi il Codice comune in base alla fisionomia ed alle esigenze dello stesso.

⁵⁹ Delibere ANAC n. 1146 del 2019 e n. 713/2020

Per dare attuazione a quanto previsto in materia di anticorruzione è stato adottato il “Codice di comportamento generale” con DPR 62/2013⁶⁰.

Il Codice di comportamento aziendale costituisce lo strumento che regola le condotte dei dipendenti e collaboratori e le orienta alla miglior cura dell’interesse pubblico, in stretta connessione con gli altri documenti di prevenzione della corruzione ed è dunque elemento essenziale della sezione anticorruzione del PIAO poiché rappresenta uno degli strumenti principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato da ANAC (deliberazione n.72/2013)⁶¹.

A seguito dell’entrata in vigore del DPR 62/2013, con Deliberazione n. 24 del 28/01/2014 l’Azienda USL di Modena ha provveduto ad adottare il proprio Codice di comportamento, successivamente aggiornato nel 2018 con Deliberazione n. 143/2018, sulla base dello schema di riferimento regionale, previa procedura di partecipazione pubblica, in osservanza degli indirizzi e delle Linee guida dell’ANAC.⁶² Si tratta di un modello omogeneo per tutte le aziende sanitarie regionali che integra e specifica il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013.

⁶⁰ Tra le misure di prevenzione della corruzione i Codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla l. 190/2012 un ruolo importante, costituendo lo strumento che, più di altri, si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell’interesse pubblico, in connessione con i Piani di prevenzione.

In attuazione dell’art. 54, co. 1, del d.lgs. 165/2001, il Governo ha approvato il d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, recante il «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici». Esso individua un ventaglio molto ampio di principi di comportamento dei dipendenti di derivazione costituzionale nonché una serie di comportamenti negativi (vietati o stigmatizzati) e positivi (prescritti o sollecitati), tra cui, in particolare, quelli concernenti la prevenzione della corruzione e il rispetto degli obblighi di trasparenza (artt. 8 e 9).

Tale codice rappresenta la base giuridica di riferimento per il codice di comportamento aziendale.

Gli obblighi di condotta sono estesi anche a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, al personale convenzionato, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell’Azienda.

⁶¹ ANAC chiarisce (FAQ aggiornate al 7 febbraio 2024) che “*Il codice di comportamento deve essere coordinato con il sistema di valutazione e misurazione della performance, e quindi negli enti tenuti all’adozione del PIAO con la sezione apposita dedicata alla performance, secondo diverse modalità.*

In primo luogo, in fase di progettazione del sistema di misurazione e valutazione della performance, può essere previsto che l’accertamento della violazione del codice di comportamento incida negativamente sulla valutazione della performance, a prescindere dal livello di raggiungimento degli altri risultati.

In secondo luogo, il livello di osservanza del codice può essere positivamente considerato nella valutazione della performance. Ciò implica che, in sede di pianificazione annuale della performance, è necessario valorizzare quelle norme del codice di comportamento che fanno riferimento al dovere di operare in modo da garantire l’efficienza, l’economicità e l’efficacia dell’azione amministrativa (art. 3, co. 4, d.P.R. 62/2013) e, nel caso dei dirigenti, al dovere di perseguire l’obiettivo assegnato (art. 13, co. 2). Questi doveri potrebbero richiedere un’integrazione con altri già previsti dalla normativa vigente ed essere puntualmente declinati in comportamenti attesi suscettibili di essere premiati in sede di incentivazione delle performance del personale e di valutazione della capacità organizzativa del dirigente”.

⁶² ANAC ha adottato Linee guida di settore per l’adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale con determina n. 358 del 29 marzo 2017 e nuove Linee ANAC con delibera n. 177 del 19.2.2020 cui si rinvia.

L'Azienda ha approvato, inoltre, con Deliberazione n. 142 del 30/04/2019, una regolamentazione interna in materia di Social Media Policy, integrante il Codice di Comportamento del 2018.

Nel quadro sopra delineato è intervenuto il D.L. 36/2022, convertito con L. n. 79/2022, che con l'art. 4 rubricato "Aggiornamento dei Codici di comportamento e formazione in tema di etica pubblica" ha novellato l'art. 54 del d.lgs. 165/2001. Per dare attuazione a quanto imposto dal D.L. è stato approvato il DPR 81/2023 al fine di dare effettivo aggiornamento al Codice generale.

Tale intervento ha determinato alcune modifiche con particolare riferimento all'utilizzo delle tecnologie informatiche, dei mezzi di informazione e dei social media, nonché alle misure riguardanti la responsabilità dei dirigenti per la crescita dei propri collaboratori e per il benessere organizzativo, i criteri di misurazione della performance, la formazione sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico.

In ragione delle modificazioni introdotte dal DPR n. 81/2023, con Delibera di Giunta Regionale n. 1956 del 13 novembre 2023 è stato approvato il nuovo schema tipo del Codice di comportamento per il personale operante presso le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna, sulla base di un testo elaborato a cura del Tavolo Regionale per il coordinamento delle misure in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione delle aziende ed enti del SSR, in una prospettiva di omogeneizzazione. Le modifiche sono principalmente contenute negli articoli 11 e 12 e il documento è stato inoltre armonizzato tenendo conto degli interventi contrattuali e legislativi successivi all'adozione del Codice del 2018.

Nel rispetto delle previsioni di cui al comma 5 dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001 e delle Linee Guida ANAC n. 75/2013 e n. 177/2020, l'Azienda ha provveduto ad organizzare incontri specifici e a fornire informazioni riguardanti l'iter partecipativo al fine di far conoscere ai dipendenti ed agli stakeholders il percorso intrapreso, garantendo agli stessi la possibilità di formulare osservazioni. A tal fine è stato anche pubblicato un avviso di partecipazione aperta sul sito Internet dell'Azienda.

Acquisito il parere favorevole dell'Organismo Aziendale di Supporto, con riferimento al documento ed all'iter procedurale seguito dall'Azienda, illustrato in apposita relazione dal RPCT, è stata trasmessa la richiesta di parere obbligatorio all'OIV-SSR che, con nota prot. n. 16/01/2024.0036392 (prot. PG/AUSL/4216/2024 del 17/01/2024), ha espresso parere favorevole all'approvazione del Codice di Comportamento proposto dall'Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, ritenendo la struttura e i contenuti dello stesso coerenti con la normativa di riferimento. Tale percorso è esitato nell'adozione del nuovo "Codice di comportamento per il personale operante all'interno dell'Azienda USL di Modena" con Deliberazione n. 39 del 25/01/2024. Tale documento sostituisce il precedente Codice di comportamento del 2018 ed è consultabile nella sezione Amministrazione Trasparente all'indirizzo <https://www.ausl.mo.it/codice-di-comportamento>.

In Azienda è curata la diffusione Codice di comportamento (invio massivo agli indirizzi email dei dipendenti, pubblicazione di news sul sito Intranet e Internet, riferimenti al rispetto del Codice

riportati in contratti, patti, convenzioni, ecc.) e già nei precedenti Piani era stata programmata ed attuata la formazione sul Codice per i Nuovi Assunti.

A partire dall'anno 2024 sono state avviate iniziative di carattere formativo ed informativo con la precipua finalità di illustrare a tutti i soggetti coinvolti le modifiche introdotte dal nuovo Codice, garantendo un'adeguata formazione in materia: nel corso del 2024 sono stati organizzati incontri tematici di aggiornamento sul Codice con i Comitati dei Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali e con i Comitati Consultivi Misti di Sassuolo e Castelfranco Emilia e predisposto un corso in FAD in collaborazione con il Servizio Formazione Ricerca e Innovazione rivolto a tutti i destinatari del Codice che ha raggiunto un ottimo livello di partecipazione, superando il target previsto per il 2024 (30% dei dipendenti). L'attività formativa proseguirà nel corso della programmazione triennale.

4. Prevenzione dei conflitti d'interessi

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche individuando le situazioni in cui si realizza il conflitto di interessi⁶³. Questi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti del funzionario, propri od altrui ed è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 Cost.⁶⁴

Il rischio di comportamenti dannosi per l'Azienda USL di Modena, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria, determina un'accezione ampia del fenomeno (condizione soggettiva) attribuendo rilievo a qualsiasi posizione che potenzialmente possa minare il corretto agire amministrativo e compromettere, anche in astratto, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale.

Pertanto alle situazioni palesi di conflitto di interessi reale e concreto, che sono quelle esplicitate all'art. 7 e all'art. 14 del D.P.R. n. 62/2013, si aggiungono quelle di potenziale conflitto che, seppure non tipizzate, potrebbero essere idonee a interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici e inquinare l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale del potere pubblico.

⁶³ Il Consiglio di Stato con sentenza n. 486 del 16/11/2023 ha chiarito: *“In alternativa al tradizionale modello sanzionatorio imperniato su forme di tutela repressiva, la normativa anticorruzione si basa sul principio secondo il quale i fenomeni di corruzione all'interno delle amministrazioni pubbliche vanno affrontati e combattuti anche prima che i fenomeni corruttivi si siano consumati.*

Quindi, l'ambito di individuazione della situazione di pericolo, legata ai fenomeni della corruzione, è stata anticipata dal piano dell'azione amministrativa al piano dell'organizzazione amministrativa”.

⁶⁴ La sentenza n. 486 del 16/11/2023 del Consiglio di Stato specifica sul punto: *“Sul piano dell'analisi economica del diritto, il conflitto di interessi non consiste in comportamenti dannosi per l'interesse funzionalizzato ma in una condizione giuridica o di fatto dalla quale scaturisce un rischio di siffatti comportamenti, un rischio di danno. L'essere in conflitto e abusare effettivamente della propria posizione sono due aspetti distinti.*

Il fondamento costituzionale dell'istituto del conflitto di interessi si rinviene nell'art. 97 Cost., il quale richiede che la pubblica amministrazione agisca nel rispetto della regola dell'equidistanza nei confronti dei destinatari dell'azione amministrativa. Ai fini della configurabilità di un conflitto di interessi, possono rilevare sia utilità materiali (ad esempio, di natura patrimoniale) che utilità immateriali, di qualsivoglia genere”.

4.1. Dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interessi e obbligo di astensione

Con l'art.1, co. 41, della l. 190/2012 è stato introdotto⁶⁵ l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e ad assumere il provvedimento finale nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale.

Tale disposizione è principio generale di diritto amministrativo che non ammette deroghe ed eccezioni. I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo.

La finalità di prevenzione si attua mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione o atto endoprocedimentale del titolare dell'interesse che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati sono portatori.

La materia del conflitto di interessi è diffusamente trattata nel Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, d.P.R. n. 62/2013 e nel Codice di comportamento aziendale, cui si rimanda⁶⁶.

⁶⁵ Nella legge sul procedimento amministrativo, legge 7 agosto 1990, n. 241, è stato introdotto l'art. 6-bis "conflitto di interessi"

⁶⁶ l'art. 6 rubricato "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi" prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti; la comunicazione del dipendente riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare, altresì, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate.

L'art. 6 stabilisce inoltre per il dipendente l'obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.

L'art. 7 del codice di comportamento contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi e una norma di chiusura di carattere generale riguardante le "gravi ragioni di convenienza" che comportano l'obbligo di astensione, in sintonia con quanto disposto per l'astensione del giudice all'art. 51 c.p.c..

Più nel dettaglio l'art. 7 dispone che "il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".

Ciò vuol dire che, ogni qual volta si configurino le descritte situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto.

Il d.P.R. n. 62/2013 prevede un'ulteriore ipotesi di conflitto di interessi all'art. 14 rubricato "Contratti ed altri atti negoziali" che appare come una specificazione della previsione di carattere generale di cui all'art. 7 sopra citato. In particolare, il comma 2 dell'art. 14 dispone l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di

La specifica previsione all'interno del Codice di comportamento dell'obbligo di astensione è di particolare rilevanza in quanto le violazioni del Codice di comportamento sono fonte di responsabilità disciplinare accertata in esito a un procedimento disciplinare, con sanzioni applicabili in base ai principi di gradualità e proporzionalità, fatte salve eventuali ulteriori responsabilità civili, penali o contabili o amministrative.

La segnalazione da parte del dipendente del proprio conflitto di interessi, deve essere tempestiva e indirizzata al dirigente o al superiore gerarchico o, in assenza di quest'ultimo, all'organo di indirizzo, che, esaminate le circostanze, valuta se la situazione rilevata realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Per la segnalazione (che deve rimanere agli atti) al proprio superiore gerarchico l'operatore può utilizzare la modulistica presente nella piattaforma informatica GRU. Il dirigente/responsabile risponde per iscritto all'interessato, sollevandolo dalle funzioni o dai compiti coinvolti nel conflitto oppure motivando le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte dell'interessato.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, l'Azienda si è dotata delle seguenti misure:

- acquisizione e conservazione delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o di nomina a RUP, DEC, componenti commissioni, etc;
- predisposizione di appositi moduli, inseriti piattaforma informatica GRU, per agevolare la presentazione tempestiva delle dichiarazioni relative al conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento;
- monitoraggio attraverso l'aggiornamento, con cadenza annuale o tempestiva in caso di eventuali variazioni, della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, mediante il Portale del dipendente;
- attività di sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto in materia dalla l. 241/1990 e dal Codice di comportamento.

L'AUSL di Modena è dotata della Piattaforma regionale GRU WHR- TIME attraverso la quale acquisisce le seguenti dichiarazioni:

- Modulo - Dichiarazione Patrimonio/Reddito (dirigenti)
- Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti)
- Modulo 1bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza)

quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. Il dipendente si "astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio".

Sebbene la norma sembri configurare un'ipotesi di conflitto di interessi configurabile in via automatica, si ritiene opportuno che il dipendente comunichi la situazione di conflitto al dirigente/superiore gerarchico che decide sull'astensione in conformità a quanto previsto all'art. 7 del d.P.R. 62/2013. Si rammenta, peraltro, che uno specifico obbligo di informazione a carico del dipendente è previsto nel caso in cui stipuli contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, finanziamento e assicurazione, per conto dell'amministrazione (art. 14, co. 3, del d.P.R. 62/2013).

- Modulo 2 - Comunicazione adesione e appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti)
- Modulo 3 - Obbligo di astensione (tutti con declinazione del conflitto ed in relazione a casi concreti)
- Modulo 4 - Comunicazione dei vincoli di parentela o di affinità sino al secondo grado, di coniugio o convivenza - Modulo rivolto a tutti i dipendenti. Dichiarazione diretta a prevenire conflitti di interessi nell'assegnazione di personale (LR n. 43/2001, art. 18-bis).

In occasione della implementazione del Modulo 4, e successivamente⁶⁷, è stata inviata a tutti i dipendenti una guida contenente esemplificazione di casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi (ad esempio situazioni di conflitto di interessi dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni di gara). Con cadenza periodica viene ricordato a tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate.

Il Servizio Sviluppo Organizzativo Valorizzazione e Valutazione del Personale concorre alla cura della relativa sezione sulla piattaforma GRU (coordinata a livello Regionale).

Il RPCT procede ad acquisire annualmente evidenza del rilascio delle stesse attraverso estrazioni di dati dal Portale del dipendente in occasione della rendicontazione del raggiungimento degli obiettivi di programmazione sanitaria regionale relativi alle Politiche di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, che contemplano anche la percentuale di dichiarazioni raccolte in corso d'anno sul Portale GRU da parte dei dipendenti,.

4.2 Incarichi di collaborazione o consulenza a soggetti esterni all'Azienda

In caso di attribuzione di incarichi di collaborazione o consulenza sono adottate le seguenti misure:

- è predisposto un modello di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;
- il diretto interessato presenta la dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi prima del conferimento dell'incarico di consulenza ed ha il dovere di comunicare tempestivamente eventuali situazioni interessi insorte successivamente;
- è prevista la consultazione tramite il collegamento ipertestuale alla banca dati della Presidenza del Consiglio dei Ministri Banca dati PerlaPA, in attuazione alle previsioni di cui all'art. 9 bis e art. 15 del Dlgs. 33/2013 relative alla pagina web di Amministrazione Trasparente⁶⁸.

La valutazione sulla sussistenza del conflitto di interessi è effettuata dal Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale (SUGGP), con l'eventuale collaborazione del RPCT.

⁶⁷ da ultimo, nota del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza prot. n. 98256 del 27/11/2024.

⁶⁸ <https://www.ausl.mo.it/amministrazione-trasparente/consulenti-e-collaboratori/titolari-incarichi-collaborazione-consulenza/>

4.3. Incarichi extraistituzionali ai dipendenti

L'Azienda, con Deliberazione del Direttore Generale n. 201 del 29/06/2017 ha approvato il "Regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali"^{69 70}, che dispone in merito agli incarichi vietati e ai criteri per il conferimento o l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali ed ha definito la procedura per la presentazione della richiesta e il rilascio dell'autorizzazione. Particolare attenzione è stata posta in merito alla partecipazione ad eventi sponsorizzati⁷¹ ed alla possibilità di svolgere incarichi al fine di favorire la crescita professionale,

⁶⁹ L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni in deroga al divieto di intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del d.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati prevede un regime di autorizzazione sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della AUSL di Modena al fine di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali. La l. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 ed ha aggiunto ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione al fine di escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, co. 5 e 7). Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'Azienda USL di Modena anche l'attribuzione di incarichi gratuiti ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53, co. 12). Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del co. 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità. È inoltre disciplinata esplicitamente un'ipotesi di responsabilità erariale per il caso di mancato versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebito percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei conti (art. 53, co. 7-bis). L'Azienda è tenuta a pubblicare nella sezione Amministrazione trasparente i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante (art. 18 del d.lgs. 33/2013) con collegamento alla banca dati Perla PA..

⁷⁰ Regolamento consultabile nella sezione "Regolamenti aziendali" del sito Internet dell'Azienda (<https://www.ausl.mo.it/amministrazione-trasparente/regolamenti-aziendali>)

⁷¹ Nel dettaglio: il Regolamento aziendale per le attività di formazione (approvato con delibera n. 236 del 22/07/2019) ha chiarito che "Qualora gli oneri di partecipazione siano interamente o parzialmente assunti da Ditte, Società od Enti esterni, la partecipazione dei dipendenti potrà essere autorizzata dal Responsabile/Coordinatore di afferenza esclusivamente a titolo di aggiornamento facoltativo, fermo restando l'obbligo di legge e del rispetto di precise regole di trasparenza e correttezza amministrativa. Si applica quanto previsto dal Regolamento aziendale in tema di informazione scientifica dei farmaci, di dispositivi medici e diagnostici in vitro, con riferimento alla formazione sponsorizzata" e previsto che in caso di sponsorizzazione nei corsi del Programma ECM "il Provider ECM, nel proporre l'accreditamento degli eventi formativi, garantisce che l'informazione e l'attività educativa sia obiettiva e non influenzata da interessi diretti o indiretti (sponsor, fornitori, creditori), che ne possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione e formazione dei professionisti e operatori dell'Azienda. Non è accreditabile da parte del Provider Aziendale nel sistema ECM l'evento formativo finanziato direttamente (anche parzialmente) da un'organizzazione che abbia interessi commerciali, lucrativi o non lucrativi, in campo sanitario. Da tale disposizione ne consegue che, per garantire una formazione indipendente, i Provider regionali non possono accreditare eventi formativi per i quali siano utilizzate fonti di finanziamento che creino conflitti di interesse, cioè non sono accreditabili eventi finanziati direttamente (anche se parzialmente) da organizzazioni che abbiano interessi commerciali, lucrativi o non lucrativi in campo sanitario."

culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente. Gli uffici aziendali preposti [i Dirigenti sovraordinati gerarchicamente, il Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale (SUGGP), l'Ufficio Ispettivo ed il RPCT] svolgono specifiche attività di controllo per:

- a) verificare l'inesistenza di cause di incompatibilità;
- b) appurare l'insussistenza di un conflitto di interessi nello svolgimento delle proprie attività lavorative e tra quelle e le attività svolte all'esterno dell'Azienda;
- c) garantire il rispetto dei principi di esclusività del dipendente pubblico e di buon andamento della pubblica amministrazione, mediante la verifica dell'insussistenza di incompatibilità organizzativa e vigilanza sul divieto di cumulo degli impieghi⁷².

In parziale deroga al precetto sopra descritto è intervenuto il “Regolamento per il rilascio delle autorizzazioni al personale dipendente dell'Azienda appartenente alle Professioni Sanitarie del comparto a svolgere attività lavorativa al di fuori dell'orario di servizio, in applicazione dell'art.3-*quater* del D.L. 127/2021 e s.m.i.” approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 354 del 30/10/2023 sulla base del testo predisposto da un tavolo di lavoro coordinato tra le Aziende Sanitarie della Regione, in coerenza con il contenuto delle Linee guida applicative della norma legislativa in esame approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il 12 luglio 2023. Il Regolamento esplicita nel dettaglio criteri e presupposti per il rilascio dell'autorizzazione, con particolare riferimento alle fattispecie ostative riconducibili, tra le altre, al conflitto di interessi, oggetto di dichiarazione da parte del richiedente e di valutazione da parte della Direzione Assistenziale.

4.4. Attività Libero Professionale Intramoenia

Con deliberazione del Direttore Generale n. 285 del 30/08/2023 l'Azienda USL di Modena ha adottato il nuovo Regolamento per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia. Il Regolamento disciplina i principi generali dello svolgimento dell'attività, il percorso autorizzatorio e l'organizzazione della stessa, gli aspetti economici/fiscali⁷³ e le modalità di controllo.

⁷² Per effettuare il controllo di che trattasi è operativa la convenzione per l'accesso diretto al Registro Imprese (Telemaco), realizzato e gestito da InfoCamere per le Camere di Commercio [definito all'art. 60 del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) consiste in un archivio di dati di interesse nazionale, in quanto fonte ufficiale, attendibile e garantita dalla legge, di informazioni sulle imprese italiane e sui loro soci ed amministratori] e la possibilità di consultare la piattaforma SILER [Sistema Informativo Lavoro della Regione Emilia-Romagna] che contiene i dati relativi alle schede anagrafico-professionali (le informazioni e dati relativi agli stati occupazionali) dei cittadini registrati sulla banca dati regionale e delle Aziende operanti sul territorio regionale. L'abilitazione a tali accessi è riservata a personale appositamente adibito al controllo nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

⁷³ Gli aspetti connessi processo di gestione contabile dell'attività libero professionale sono disciplinati dal Regolamento di gestione contabile dell'attività libero – professionale, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 286 del 30/08/2023, al fine di garantire una corretta procedura amministrativo – contabile e un'adeguata tenuta della contabilità separata ai sensi dell'art.5, comma 5, del D.Lgs 502/92 e dell'art. 3, comma 6 e 7 della legge 23 dicembre 1994, n. 724

Il corretto svolgimento dell'attività libero professionale ed i principi che devono orientare i professionisti in tale ambito sono inoltre espressamente presi in considerazione dall'art. 14 "Gestione delle liste di attesa e attività libero professionale" del Codice di comportamento Aziendale che detta a tal proposito alcune specifiche prescrizioni⁷⁴.

L'Allegato 4 al presente documento riporta un sistema di misure di prevenzione, presidiate e dall'Ufficio Aziendale Libera Professione, che viene annualmente monitorato attraverso una relazione sintetica da parte dell'Ufficio, trasmessa al RPCT.

Dal monitoraggio riferito all'anno 2024 non sono emerse criticità ma con l'occasione sono state individuate ulteriori fasi operative di processo per lo svolgimento efficace dei controlli.

4.5. Formazione sponsorizzata

La formazione sponsorizzata pone la necessità di disciplinare in modo dettagliato le ipotesi di sponsorizzazione proposte da aziende private con riferimento ad attività di formazione dei dipendenti al fine di evitare e prevenire situazioni di conflitti di interesse.

Nel "Regolamento in tema di informazione scientifica dei farmaci, dei dispositivi medici e diagnostici in vitro" approvato con Deliberazione n. 144 del 29/05/2018 è prevista una procedura standardizzata a livello aziendale per la partecipazione a formazione sponsorizzata da parte dei dipendenti, finalizzata a favorire il rispetto dei principi di imparzialità e rotazione tra i beneficiari. Le aziende farmaceutiche, di dispositivi o ditte (anche attraverso provider di formazione o società scientifiche) che intendono invitare ad un evento da loro sponsorizzato o promosso un professionista dell'Azienda USL di Modena devono pertanto compilare una specifica richiesta on-line a seguito della quale interviene la valutazione, da parte della Direzione e/o dei Direttori di

e s.m.i.. Il processo in menzione prende avvio con l'incasso dell'importo previsto per ciascuna prestazione e si conclude con il pagamento delle competenze maturate dagli aventi diritto, per le prestazioni rese.

⁷⁴ "1. Le liste di attesa sono gestite con il massimo rigore e secondo criteri di trasparenza rispettando l'ordine cronologico di prenotazione ed i criteri di priorità fissati per l'accesso alle prestazioni, evitando ogni forma di condizionamento derivante dall'attività libero professionale o da altri interessi non istituzionali.

2. L'esercizio dell'attività libero professionale deve essere autorizzato dall'Azienda e svolto nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari in materia. Non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda e deve essere organizzato in modo tale da garantire il prioritario svolgimento e il rispetto dei volumi dell'attività istituzionale, nonché la funzionalità dei servizi.

3. Il destinatario tiene rigorosamente separate l'attività libero professionale da quella istituzionale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dagli indirizzi e dalle direttive regionali in materia; nel suo svolgimento non deve ritardare, intralciare o condizionare l'attività istituzionale, con particolare attenzione al fenomeno dello sviamento dei pazienti verso l'attività libero professionale, propria o altrui, a discapito e/o in sostituzione dello svolgimento dell'attività istituzionale.

4. L'Azienda vigila sul corretto svolgimento dell'attività libero professionale, in particolare per quanto attiene alla libera scelta dell'assistito, al rispetto del corretto rapporto fra volumi di attività istituzionale e libero professionale e alla corretta e trasparente informazione al paziente."

Relativamente al periodo considerato, si rileva che non sono state riscontrate situazioni di conflitti d'interesse o di concorrenza sleale e non sono state comminate sanzioni disciplinari relative allo scorretto svolgimento di tale attività".

Struttura, dell'utilità della iniziativa formativa e la conseguente individuazione del soggetto da formare, in un'ottica di rotazione.

L'Azienda intende ulteriormente perfezionare e disciplinare tale percorso con l'aggiornamento della regolamentazione in materia, in modo da assicurare la prevenzione di fenomeni corruttivi in tale ambito, proseguendo l'attività di monitoraggio in tale ambito.

4.6. Accessi degli Informatori Scientifici e degli Specialist di prodotto

La fattispecie è disciplinata da apposita regolamentazione "Regolamento in tema di informazione scientifica dei farmaci, dei dispositivi medici e diagnostici in vitro" approvato con Deliberazione n. 144 del 29/05/2018 ed è presidiata con la registrazione degli accessi degli Informatori Scientifici e degli Specialist di prodotto⁷⁵. La misura è oggetto di specifica trattazione nella relativa area di attività, Allegato 4.

4.7. Ricerca e sperimentazioni cliniche

La materia è stata regolamentata a livello aziendale nel "Regolamento per la definizione degli aspetti procedurali, amministrativi ed economici per la condizione di ricerche e sperimentazioni cliniche" (Deliberazione n. 199 del 29/06/2017) e con procedure di controllo amministrativo contabile⁷⁶ sulla conduzione degli studi e sperimentazioni cliniche allo scopo di monitorare i processi a rischio di corruzione e/o mal-conduzione e valutarne periodicamente il grado di rischio, garantendo che siano rispettati gli accordi sottoscritti con il Promotore/Sponsor, nonché di monitorare la tenuta della documentazione nelle UU.OO. in cui questi studi e sperimentazioni cliniche sono condotte. La procedura viene applicata a tutte le Sperimentazioni Cliniche condotte all'interno delle strutture dell'AUSL di Modena ed alle ricerche profit, in aggiunta alle consuete attività di monitoraggio attuate dal Promotore o da suo delegato.

4.8. Attività conseguenti al decesso nelle strutture dell'Azienda

Con riferimento alla gestione delle camere ardenti dell'Azienda e dei rapporti con le Onoranze Funebri, con Deliberazione del Direttore Generale n. 354 del 2022 è stato adottato il Regolamento aziendale sulla gestione delle Camere Mortuarie in applicazione alla Delibera di Giunta Regionale 172/2022 "Accreditamento delle imprese funebri che operano per l'esecuzione dei funerali presso le strutture sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna". In applicazione delle disposizioni in materia, l'Azienda ha aderito al sistema regionale Camer -ER di informatizzazione degli accessi da parte delle imprese di pompe funebri, anche attraverso l'utilizzo dell'app Easy GRU da parte degli operatori delle OO.FF. Nei primi mesi del 2025 è stata effettuata l'attività di controllo sull'utilizzo del nuovo registro camere ardenti presso gli ospedali del Presidio Ospedaliero Aziendale e condotte le verifiche relative al rispetto della suddetta normativa attraverso l'analisi

⁷⁵ come previsto dalla procedura DS.PC.010 del 19/09/2018 "Indicazioni per l'accesso degli Specialist in Sala Operatoria e in altre Unità Operative/Servizi ospedalieri"

⁷⁶ DA.PO.030 del 14/02/2019 (Area Crediti e Ricavi - Sperimentazioni cliniche)

DA.PO.031 del 30/06/2017 (Area Crediti e Ricavi - Ricerca Finalizzata e Progetti Obiettivo)

dei dati contenuti nei registri di accesso alle camere ardenti e all'utilizzo dell'app "EasyGru" per l'attestazione della presenza. Sono conseguentemente state poste in essere le conseguenti azioni correttive con comunicazione alle OO.FF..

L'Azienda presidia inoltre, tramite un questionario di qualità, rivolto ai familiari dei congiunti defunti e disponibile sul sito Internet alla pagina <https://formonline.ausl.mo.it/questionario-di-qualita-camere-mortuarie/>, l'osservanza del divieto per tutto il personale dell'Azienda di fornire indicazioni e/o di fare pressioni sulla scelta dell'agenzia di onoranze funebri.

4.9. Il conflitto di interessi nel Nuovo Codice dei contratti pubblici

Il 31 marzo 2023 è stato pubblicato il decreto legislativo 36/2023 con oggetto "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici".

L'articolo 16 del nuovo Codice delinea la disciplina del conflitto di interessi⁷⁷. Il primo comma recepisce la nozione eurounitaria di conflitto di interessi e si traduce in una semplificazione rispetto alla precedente formulazione offerta dal vecchio Codice dei contratti pubblici (d.lgs. 50/2016). Sul punto, la relazione di accompagnamento ha chiarito che tale scelta non è volta a ridurre il presidio anticorruzione (che anzi resta invariato e viene anche esteso con più chiarezza alla fase della esecuzione e ai soggetti non dipendenti della p.a.), ma si limita ad eliminare il riferimento a norme presenti in altra parte dell'ordinamento al fine di evitare sovrapposizioni.

In questa prospettiva, il primo comma chiarisce che il conflitto di interessi può riguardare qualsiasi soggetto, anche non formalmente lavoratore dipendente della stazione appaltante o dell'ente concedente, che interviene nella procedura di aggiudicazione e di esecuzione con compiti funzionali e che sia in grado di influenzarne il risultato.

Il secondo comma, in coerenza con il principio della fiducia e con l'obiettivo di preservare la funzionalità dell'azione amministrativa, chiarisce che la minaccia all'imparzialità e all'indipendenza deve essere provata da chi invoca il conflitto di interessi sulla base di specifici

⁷⁷ Art. 16- Conflitto di interessi: "1. Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione. 2. In coerenza con il principio della fiducia e per preservare la funzionalità dell'azione amministrativa, la percepita minaccia all'imparzialità e indipendenza deve essere provata da chi invoca il conflitto sulla base di presupposti specifici e documentati e deve riferirsi a interessi effettivi, la cui soddisfazione sia conseguibile solo subordinando un interesse all'altro. 3. Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 1 ne dà comunicazione alla stazione appaltante o all'ente concedente e si astiene dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione. 4. Le stazioni appaltanti adottano misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni e vigilano affinché gli adempimenti di cui al comma 3 siano rispettati".

presupposti e con riferimento a interessi effettivi, la cui soddisfazione sia conseguibile solo subordinando un interesse all'altro.

Infine il comma 3 chiarisce quali siano i doveri del soggetto che versa in conflitto di interessi. In particolare, in tale ipotesi, occorre dare immediata comunicazione alla stazione appaltante e astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e ad alla fase di esecuzione.

La disposizione in esame va coordinata con l'art. 93 del nuovo Codice in materia di commissioni di gara, secondo cui in base al comma 5 lettera c) non possono essere nominati commissari "coloro che si trovano in una situazione di conflitto di interessi con uno degli operatori economici partecipanti alla procedura; costituiscono situazioni di conflitto di interessi quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62."⁷⁸

Vista la rilevanza degli interessi coinvolti nel settore degli appalti pubblici, area considerata fra le più esposte a rischio di fenomeni corruttivi, ANAC è intervenuta più volte sul tema. In particolare, nella delibera n. 494 del 5 giugno 2019 recante le "Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici", ai sensi dell'art. 42 del d.lgs. 50 del 2016 e approfondisce questo specifico tema nell'ambito del PNA 2022 (delibera n. 7 del 17/01/2023) nel capitolo "Conflitti di interesse in materia di contratti pubblici".

Ciò premesso, la principale misura per la gestione del conflitto di interessi è costituita dal sistema delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'amministrazione e dall'obbligo di astensione in caso di sussistenza del conflitto. Occorre annoverare a tal proposito la dichiarazione da rendere al dirigente all'atto dell'assegnazione all'ufficio, secondo quanto previsto dal Codice di comportamento e la dichiarazione rilasciata dal RUP per ogni gara.⁷⁹

Il Servizio Unico Attività Tecniche (SUAT) e il Servizio Unico Acquisti e Logistica (SUAL) raccolgono, conservano e verificano le dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi⁸⁰.

⁷⁸ I principi delineati dal nuovo Codice erano generalmente già presenti nel precedente Codice dei contratti pubblici (D.Lgs n. 50/2016) che trova ancora applicazione per i contratti stipulati ai sensi di detto Codice.

⁷⁹ Per quanto concerne i contratti che utilizzano i fondi PNRR e fondi strutturali ANAC ritiene (in forza dell'art. 42, co. 3, del Codice dei contratti pubblici ed in linea con l'orientamento delle Linee Guida del MEF adottate con la circolare n. 30/2022) che i dipendenti, per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti, forniscano al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP la dichiarazione di non trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione. Tale ultima dichiarazione dovrà essere aggiornata in caso di conflitti di interesse che insorgano successivamente nel corso delle diverse fasi della procedura di gara, ivi inclusa la fase esecutiva.

⁸⁰ A titolo esemplificativo, vengono raccolti dall'Ufficio Gare SUAT i disciplinari di affidamento a professionisti esterni, dichiarazioni componenti delle commissioni, assenza di collegamento come previsto dal Codice Appalti per i lavori

Inoltre, anche l'utilizzo di procedure centralizzate di acquisto può ridurre il rischio di conflitto di interessi. Questo perché centralizzare gli acquisti riduce il numero di persone coinvolte nel processo decisionale, limitando le opportunità per la corruzione, e aumentando la trasparenza e la tracciabilità degli acquisti. L'Azienda USL di Modena aderisce a percorsi di acquisto con modalità centralizzate tramite la collaborazione con IntercentER e con le altre Aziende di Area Vasta.

Ulteriori misure adottate riguardano:

- la rotazione nella nomina del RUP in funzione dei carichi di lavoro;
- la chiara individuazione dei soggetti che, in fase di istruttoria, sono tenuti a ricevere e valutare ed a monitorare le dichiarazioni di situazioni di conflitto di interessi e ad effettuare le verifiche richieste dal Codice Appalti (quali il DURC, Agenzia Entrate, casellari, white list, assenza di situazioni di conflitto di interessi ecc.).

4.10. Misure di prevenzione per l'attuazione degli obiettivi previsti nel PNRR

L'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica con un piano straordinario, il Next Generation UE, che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale, migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori, conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

Gli obiettivi di investimento di competenza aziendale rientrano nella Missione (M6) "Salute", che si suddivide in due componenti:

- M6.C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale";
- M6.C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale".

Considerato che gli interventi dell'Azienda finanziati nell'ambito del PNRR/PNC, approvati con delibere di Giunta regionale e da attuare sulla base dei compiti attribuiti dalla Regione stessa, coinvolgono diverse strutture aziendali, l'Azienda, con Deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL di Modena n. 46 del 23/02/2022, ha costituito un'apposita struttura organizzativa aziendale al fine di monitorare le procedure di realizzazione degli investimenti di propria competenza e delegati dalla Regione - quale soggetto attuatore - nell'ambito del quadro definito dalla Delibera di Giunta Regionale della Emilia-Romagna n. 71 del 24/01/2022. Tale struttura organizzativa:

- costituisce lo strumento di coordinamento integrato per governare i diversi step di avvio, realizzazione operativa e di funzionamento degli interventi attuativi degli obiettivi del PNRR e del Piano complementare delegati dalla Regione Emilia-Romagna, nel perimetro delle competenze indicate dalla DGR;
- garantisce il raccordo delle informazioni e delle attività tra la Direzione Aziendale, i Servizi Tecnici interessati, la committenza aziendale ed i gruppi di lavoro regionali;
- assicura il monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti, il rispetto del calendario degli impegni e dei fabbisogni informativi fissati dalla Regione;

- cura gli adempimenti connessi ed orientati alla fase di rendicontazione periodica delle attività svolte;
- assicura le misure di trasparenza e conoscibilità dello stato di avanzamento dei programmi e degli interventi stabilite per il PNRR previste dalla normativa.

All'interno di tale struttura la c.d. "Cabina di regia", rappresenta i diversi livelli aziendali coinvolti nella realizzazione dei progetti, con compiti di:

- definizione dei criteri, dei principi e della metodologia di lavoro;
- pianificazione, indirizzo e organizzazione delle competenze ed attività delegate dalla Regione finalizzate alla realizzazione degli interventi previsti nell'ambito del PNRR e del PNC;
- pianificazione e organizzazione dell'attività di monitoraggio, controllo e rendicontazione periodici in attuazione degli obiettivi previsti dal PNRR e dal PNC.

La previsione di detta struttura organizzativa, quale misura di presidio sulla corretta gestione dei progetti finanziati dal PNRR/PNC, si affianca all'utilizzo di procedure digitalizzate e centralizzate degli appalti e all'interconnessione delle Banche Dati con la Banca dati ANAC per i Contratti pubblici.

L'Azienda aderisce alle procedure centralizzate di acquisto espletate a livello regionale tramite IntercentER, ai servizi di Consip S.p.A. (art. 11, co. 1, d.l. n. 77/2021) per Digitalizzazione DEA I livello e Grandi apparecchiature sanitarie e di Invitalia S.p.A. (art. 10, co. 6-quater, d.l. n. 77/2021) per le gare di affidamento di Lavori e Appalti integrati.

Tra le misure, come previsto dalla normativa in materia, al fine fornire un continuo e tempestivo presidio sull'insieme degli interventi finanziati dal PNRR e sul loro avanzamento finanziario, procedurale e fisico, l'Azienda utilizza il sistema Informativo "ReGiS" sviluppato dal MEF (Circolare n. 27 del 21/06/2022), strumento applicativo unico di supporto ai processi di programmazione, attuazione, monitoraggio, controllo e rendicontazione del PNRR, costantemente e tempestivamente alimentato dai RUP.

E' stato inoltre rafforzato il presidio anticiclaggio, al fine di richiedere agli operatori economici partecipanti e/o aggiudicatari specifiche autodichiarazioni sul titolare effettivo e costantemente garantito il presidio anticorruzione in relazione all'area Contratti pubblici, in particolare attivando controlli tempestivi ed efficaci sulla c.d. documentazione antimafia (per le procedure espletate direttamente dall'Azienda) e sull'assenza di conflitto di interessi dei dipendenti coinvolti nelle varie fasi delle procedure di acquisto (fase di espletamento, di aggiudicazione ed esecutiva); è stato chiesto ed ottenuto il rilascio della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà – ai sensi del DPR 445/2000 – di assenza di conflitto di interessi per i RUP di ciascun intervento PNRR/PNC.

A partire dall'anno 2023 è dunque proseguita l'attività di analisi dei processi relativi alle procedure amministrativo-contabili legate agli interventi PNRR, alla quale ha fatto seguito un'attività di controllo di primo e secondo livello.

Il monitoraggio della gestione degli interventi viene effettuato dalla Regione Emilia-Romagna (Settore Risorse Umane e Strumentali, Infrastrutture - Area monitoraggio attuazione investimenti

PNRR della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna), con cadenza periodica.

A livello regionale sono state inoltre fornite indicazioni, con riferimento all'attività di controllo da parte delle funzioni di Internal Audit aziendali, mediante la Determinazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 23188 del 06/11/2023, di approvazione delle Linee Guida Regionali inerenti alla definizione di un sistema di controllo sulle attività in ambito PNRR/PNC ai sensi della DGR n. 1972 del 11/11/2019.

Al fine di adottare sistemi di controllo ulteriori, rispetto a quelli aziendali ordinari, e integrativi rispetto a quelli previsti dal livello ministeriale e regionale, è stata costituita una task force di controllo a livello aziendale, a supporto del Servizio di Internal Audit, sulla corretta gestione dei processi amministrativo contabili correlati agli interventi finanziati dal PNRR/PNC (nota prot. AUSL n. 61489/23 del 03/08/2023).

L'attività viene svolta attraverso incontri periodici del gruppo e tra questo e gli altri uffici che gestiscono gli interventi PNRR (RUP e Servizi competenti per l'attuazione) al fine di verificare l'applicazione delle misure, anche mediante check di processo, utilizzando gli strumenti messi a disposizione dal livello centrale (sottoscrizione e validazione delle checklist del Ministero della Salute sulle procedure di approvvigionamento inerenti agli interventi PNRR/PNC, Circolare MEF/RGS n. 30/2022) nonché procedure e documenti di verifica amministrativo-contabile predisposti dalla Regione ("Linee guida per la gestione contabile dei finanziamenti relativi agli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale per gli investimenti Complementari (PNC)" Prot. U.1115990/10.11.2023).

Tali incontri, ai quali partecipa periodicamente anche il RPCT, costituiscono quindi l'occasione per lo svolgimento di audit specifici con le strutture e/o servizi aziendali responsabili dell'attuazione dei progetti, per presidiare alcuni ambiti di rischio (es. rischio di doppio finanziamento, conflitto di interessi, ecc.) nell'esecuzione dei progetti.

Al fine di rafforzare ulteriormente le attività di controllo e le azioni a tutela della legalità dell'azione amministrativa e delle fasi progettuali ed attuative relative all'utilizzo delle risorse pubbliche, in data 14 febbraio 2024 l'Azienda USL di Modena ha siglato con il Comando Provinciale della Guardia di Finanza un Protocollo di Intesa per il monitoraggio e il controllo delle misure di sostegno economico, di finanziamento e di investimento previste nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Deliberazione del Direttore Generale n. 58 del 14/02/2024)⁸¹.

In virtù del Protocollo, è stato attivato un flusso informativo periodico a favore della Guardia di Finanza, al fine di prevenire, individuare e contrastare ogni condotta illecita di malversazione,

⁸¹ Ai sensi dell'art. 7, comma 8 del Decreto-Legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, ai fini del rafforzamento delle attività di controllo, anche finalizzate alla prevenzione ed al contrasto della corruzione, delle frodi, nonché ad evitare i conflitti di interesse ed il rischio di doppio finanziamento pubblico degli interventi, ferme restando le competenze in materia dell'Autorità nazionale anticorruzione, i soggetti pubblici che provvedono alla realizzazione degli interventi previsti dal PNRR possono stipulare specifici protocolli d'intesa con la Guardia di Finanza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

indebita aggiudicazione e/o percezione di risorse finanziarie pubbliche, frodi, casi di corruzione, conflitti d'interesse e doppi finanziamenti nell'esecuzione di contratti pubblici e ogni altra attività illecita posta in essere con riguardo all'utilizzo delle risorse finanziarie erogate dall'Unione Europea tramite le Amministrazioni Centrali dello Stato, anche in compartecipazione con le Regioni, gli Enti Locali e con altre Amministrazioni pubbliche, nell'ambito del programma di investimento Next Generation EU e con specifico riguardo agli interventi sovvenzionati dal PNRR e dal relativo Fondo Complementare.

Nell'Allegato n. 4 (Registro del rischio e misure adottate) sono indicate le misure specifiche sul PNRR che sono oggetto di costante analisi ed implementazione anche sulla base delle indicazioni di ANAC, del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze e del livello regionale, nonché del consolidamento dei sistemi di interoperabilità attivati dal 1/1/2024 secondo quanto previsto in tema di digitalizzazione dal nuovo Codice dei contratti.

4.11. Dati relativi al titolare effettivo

Di particolare rilievo in materia di prevenzione del conflitto di interessi il richiamo alla normativa in materia di antiriciclaggio di cui al d.lgs. n. 231/2007 e riportato nelle stesse Linee guida del MEF annesse alla circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022 cui consegue la necessità di garantire la trasparenza dei dati relativi al titolare effettivo⁸² dei soggetti partecipanti alle gare per l'affidamento dei contratti pubblici per cui è previsto, non solo l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del titolare effettivo, ma anche quello, posto in capo alla stazione appaltante ed al soggetto attuatore, di richiedere la dichiarazione del medesimo titolare effettivo circa l'assenza di conflitto di interessi.

4.12. L'applicazione dei principi in materia di contratti pubblici anche ai rapporti contrattuali con le strutture private accreditate

Il RPCT, in collaborazione con l'UO Gestione processi ospedalieri e contratti con produttori esterni, ha predisposto nel corso dell'anno 2024 un nuovo modello di dichiarazione sostitutiva sottoposto a tutte le strutture private accreditate (ANISAP, AIOP) con le quali l'Azienda USL ha contratti in essere ovvero in fase di negoziazione o proroga. In particolare, la dichiarazione richiesta ai soggetti coinvolti è stata predisposta sulla base di quanto richiesto dal nuovo Codice dei contratti pubblici agli operatori che intendano partecipare alle procedure di evidenza pubblica. Nello specifico, si è ritenuto di verificare in capo ai privati accreditati la presenza degli stessi requisiti soggettivi e delle medesime cause di esclusione presi in considerazione degli artt. 94 e seguenti del D.lgs. 36/2023 al fine di garantire omogeneità rispetto a quanto richiesto per gli altri

⁸² La figura del "titolare effettivo" viene definita dall'art. 1, co. 1, lett. pp), del decreto antiriciclaggio come "la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è istaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita". L'art. 20 del medesimo d.lgs. 231/2007, detta una serie di criteri elencati secondo un ordine gerarchico, in modo che i successivi siano applicabili solo nel caso in cui i primi risultino inutilizzabili

contratti pubblici e scongiurare il rischio di intrattenere rapporti e stipulare convenzioni con soggetti che abbiano commesso determinati reati o gravi illeciti.

4.13. Donazioni

L'Azienda USL di Modena dedica attenzione e risorse alla gestione e al monitoraggio dei rischi in tema di fundraising e donazioni in beni/servizi e denaro. La materia è attualmente regolamentata dalle “Linee di indirizzo per l'accettazione di erogazioni liberali/donazioni in denaro e per l'accettazione di donazioni di beni o servizi” adottate con Deliberazione n. 200 del 10/11/2015.

L'Ufficio Fundraising agisce in rete con la Direzione Aziendale, i Servizi di Staff e Tecnostruttura, le Direzioni dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri per definire le priorità aziendali sulle quali promuovere la raccolta di contributi e donazioni, rendendo pubblico sul proprio sito le principali progettualità e necessità. Questo determina una maggiore coerenza tra la programmazione aziendale e le proposte di donazione, riducendo la possibilità che si verifichino situazioni di potenziale conflitto di interessi tra professionisti di singole Unità Operative e donatori.

Il Regolamento aziendale prevede inoltre che proposte di donazioni da parte di ditte farmaceutiche e fornitori possano essere indirizzate solo all'Azienda nel suo complesso e non a singole Unità Operative. La Direzione aziendale si riserva, infatti, l'opportunità di accettare tale donazioni e di determinare in autonomia la loro collocazione nell'ambito della propria programmazione, agendo in coerenza con il proprio piano di sviluppo e innovazione.

Con un recente parere rivolto ad una Pubblica Amministrazione (Fascicolo n. 790/2025), ANAC ha recentemente chiarito che le donazioni di beni o prestazioni da parte del privato che un'amministrazione riceve in base al decreto legislativo n. 36/2023 vanno considerati come processi a rischio corruttivo nell'area dei contratti pubblici ai sensi della Legge 190/2012.

Occorre pertanto programmare misure di prevenzione idonee a garantire imparzialità e trasparenza in tutte le procedure afferenti alla fase di selezione, accettazione e successiva gestione dei beni donati.

Nel corso della presente programmazione, l'Azienda intende quindi:

- aggiornare la propria regolamentazione, prevedendo la disciplina degli aspetti attuativi dell'acquisizione di beni o prestazioni senza esborso di somme di denaro (quali: requisiti di ammissibilità della donazione, eventuali profili di conflitto d'interesse e relative misure di prevenzione), assicurandone la pubblicazione nella sezione “Amministrazione trasparente” sottosezione “Atti generali”;
- elaborare un prospetto riassuntivo delle liberalità ricevute da pubblicare su base semestrale sul sito istituzionale dell'ente, nella sottosezione “Altri contenuti” – “Dati ulteriori” della sezione “Amministrazione Trasparente” con riferimento al donatore, al valore della donazione, alla sua destinazione, provvedendo alla eventuale anonimizzazione dei dati personali presenti per i soli donatori persone fisiche che abbiano richiesto l'anonimato;

- procedere alla pubblicazione degli avvisi/inviti con cui l'amministrazione manifesta l'esigenza di acquisire beni o prestazioni da parte del privato in virtù dell'art. 8, co. 3 del codice dei contratti.

5. Divieti post-employment (cd. "Pantouflage")

L'art. 1, co. 42, lett. 1), della l. 190/2012 ha inserito all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 il co. 16-ter che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali⁸³ per conto dell'Azienda di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale (mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato o l'affidamento di incarico o consulenza da prestare in favore degli stessi⁸⁴) presso i soggetti privati destinatari dell'attività svolta attraverso i medesimi poteri.

La norma prevede, in caso di violazione del divieto, la nullità degli incarichi conferiti e l'obbligo di restituire compensi percepiti. Inoltre, i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con l'Azienda per i successivi tre anni.⁸⁵

⁸³ i dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, cui si riferisce l'art. 53, co. 16-ter, cit., sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente.

Rientrano pertanto in tale ambito, a titolo esemplificativo, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, ad esempio ai sensi dell'art. 19, co. 6, del d.lgs. 165/2001 o ai sensi dell'art. 110 del d.lgs. 267/2000, coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente (orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015).

Il rischio di precostituirsi situazioni lavorative favorevoli può configurarsi anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio, attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione (cfr. parere ANAC AG/74 del 21 ottobre 2015 e orientamento n. 24/2015). Pertanto, il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

ANAC ha avuto modo di chiarire che nel novero dei poteri autoritativi e negoziali rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017).

⁸⁴ L'art. 21 del d.lgs. 39/2013 ha, infatti, precisato che ai fini dell'applicazione dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. 165/2001, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi considerati nel d.lgs. 39/2013, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico e l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. Si è inteso così estendere la sfera dei soggetti assimilabili ai dipendenti pubblici, rafforzando la finalità dell'istituto in argomento quale presidio del rischio corruttivo.

⁸⁵ Il divieto è volto altresì a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente dell'Azienda USL di Modena opportunità di

Conformemente a quanto statuito dalla norma, nei contratti di lavoro è presente la seguente previsione: “Il lavoratore che negli ultimi tre anni di servizio, abbia esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs 165/2001 non può svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri, ai sensi dell'art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs 165/2001”. Il precetto è presidiato dal Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale (SUGGP). Nei contratti di lavori pubblici sono contenute le richieste dei Protocolli di legalità (comprese nel Bando o nella lettera di invito, allegati parte integrante al contratto) tra cui *"la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PA nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto"*.

Il precetto è presidiato dal Servizio Unico Attività Tecniche (SUAT).

Dai potenziali fornitori di beni e servizi si acquisisce la seguente dichiarazione: *"di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento dei dipendenti delle Aziende Sanitarie afferenti all'AVEN, pubblicati sui siti Internet delle stesse e si impegna, in caso di aggiudicazione, ad osservare e a far osservare ai propri dipendenti e collaboratori, per quanto applicabile, il suddetto codice, pena la risoluzione del contratto"*

Il precetto è presidiato dal Servizio Unico Acquisti e Logistica (SUAL).

Con la presentazione del documento di gara unico europeo [DGUE], di cui allo schema allegato al D.M. del Ministero delle Infrastrutture e Trasporti del 18 luglio 2016, l'operatore economico rende la dichiarazione di insussistenza delle cause ostative alla partecipazione in conformità a quanto previsto dal Codice dei contratti pubblici. La verifica della dichiarazione resa dall'operatore economico è rimessa alla stazione appaltante.

Tutte le Unità Organizzative che in ragione delle proprie attività dovessero riscontrare casi in proposito sono tenute ad inviare informativa alla Direzione ed al RPCT per i possibili interventi. Il PNA 2022 ha dedicato una specifica sezione al tema per suggerire ulteriori misure da inserire nella sezione anticorruzione del PIAO, tra le quali il rilascio di una dichiarazione al momento della cessazione dal servizio con cui il dipendente s'impegna al rispetto del divieto di pantouflage. La dicitura verrà quindi inserita anche nella modulistica da firmare al momento della cessazione del rapporto di lavoro.

assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione). In conformità a quanto previsto nella delibera n. 88/2017 di ANAC nei bandi di gara o negli atti relativi all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, è richiesta la condizione che il soggetto privato partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001.

Nel nuovo Codice di Comportamento, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 39 del 25/01/2024, nell'art. 4 (Conflitto di interessi, obbligo di astensione) è stato specificamente inserito il divieto di "Pantouflage".

Il tema è stato inoltre oggetto di nuove Linee guida di ANAC emanate con delibera 493 del 25 settembre 2024, integrative di quanto contenuto nel PNA 2022. Per dare corretto adeguamento alle stesse, nel corso di validità della presente programmazione triennale si intende:

- potenziare le misure di prevenzione per neutralizzare possibili conflitti di interessi nello svolgimento delle funzioni e di incarichi e salvaguardare l'imparzialità dell'azione amministrativa;
- analizzare l'applicabilità di un modello operativo, improntato ai criteri di gradualità e sostenibilità isorisorse, per le verifiche del rispetto del divieto di pantouflage da parte del personale che annualmente per diversi motivi cessa dal servizio.⁸⁶

6. Formazione

La formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituisce obiettivo strategico⁸⁷. Nei precedenti piani, l'attenzione si è focalizzata sulle regole di condotta definite nel Codice di comportamento nazionale (d.P.R. 62/2013) e nei codici di amministrazione, sui temi dell'etica e della legalità. La formazione iniziale è consistita nell'approfondire, sin dall'istaurarsi del rapporto lavoro, i temi dell'integrità al fine di aumentare la consapevolezza circa il contenuto e la portata di principi, valori e regole che devono guidare il comportamento secondo il dettato costituzionale per il quale "I cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore"⁸⁸.

Tale offerta formativa è stata integrata, nella programmazione precedente, con un corso FAD (attraverso la piattaforma SELF predisposto dalla Rete Regionale per l'Integrità) sulla trasparenza diretto a tutti i dipendenti.

In virtù dell'approvazione del nuovo Codice di comportamento per il personale operante all'interno dell'Azienda USL, nel corso del 2024 è stato realizzato in collaborazione con il Servizio Formazione un corso di formazione in FAD finalizzato a divulgare la conoscenza del Codice attraverso un'attenta ed integrale lettura degli articoli che lo compongono, consentendo a tutti i destinatari di avere consapevolezza delle regole di condotta cui devono conformarsi, di prevenire

⁸⁶ Tenuto conto delle indicazioni fornite da A.N.AC nel PNA 2022 per le quali "Fermi restando, infatti, i riconosciuti poteri di ANAC di accertamento e sanzionatori in materia, le amministrazioni svolgono una verifica istruttoria sul rispetto della norma sul pantouflage da parte dei propri ex dipendenti. In particolare, all'interno dell'amministrazione, si ritiene che tali verifiche possano essere svolte dal RPCT, con il necessario supporto degli uffici competenti all'interno dell'amministrazione, come meglio specificato al successivo § 3.2, alla luce dei compiti allo stesso attribuiti dall'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013. Si rammenta, altresì, che il RPCT è chiamato a verificare la corretta attuazione delle misure, tenendo conto che la l. n. 190/2012 assegna a quest'ultimo un obiettivo generale consistente nella predisposizione e nella verifica della tenuta complessiva del sistema di prevenzione della corruzione di un'amministrazione o ente. Gli esiti delle verifiche del RPCT possono tradursi in una segnalazione qualificata ad ANAC"

⁸⁷ art. 1, co. 9, lett. b) e c) l. 190/2012

⁸⁸ art. 54 Costituzione

la commissione di illeciti disciplinari ed orientare il dipendente all'assunzione di un comportamento in linea con il principio di buon andamento che deve caratterizzare l'agire della Pubblica Amministrazione.

E' inoltre in fase di implementazione un ulteriore corso sul Codice di comportamento e sui temi dell'etica focalizzato sulle possibili situazioni che potrebbero prospettarsi nell'ambito di un'Azienda Sanitaria fornendo esempi concreti rispetto al compimento di azioni potenzialmente contrarie alle regole.

Sul piano formativo, inoltre, l'Azienda ha proposto nell'anno 2024 il corso "Struttura del nuovo Codice dei contratti pubblici, programmazione e progettazione degli interventi", curato da un avvocato esperto della materia e rivolto ai dirigenti ed al personale afferente al Servizio Unico Acquisti e Logistica e al Servizio unico Attività Tecniche. Tale percorso ha interessato anche alcuni aspetti legati alla materia anticorruptiva nell'ambito di un settore – come quello della contrattualistica pubblica - particolarmente esposto a possibili rischi legati di maladministration. In particolare, tra i punti approfonditi dal corso figurano: il ruolo di ANAC nella contrattazione pubblica, le modalità di selezione delle offerte con particolare riguardo alle ipotesi di offerta anomala, l'individuazione dei gravi illeciti professionali e la digitalizzazione degli appalti pubblici.

Saranno inoltre organizzati nel triennio ulteriori momenti di formazione/confronto sui temi dell'etica, della legalità e del conflitto di interessi.

7. Whistleblowing (tutela dipendente che effettua segnalazioni di illecito)

Sulla base della normativa previgente (art. 54 bis del d.lgs. 165/2001) l'AUSL di Modena ha adottato la Procedura⁸⁹ DG.PO.014 del 13/08/2021, completata con la Valutazione di Impatto Piattaforma Whistleblowing (DPIA prot. n. 2034/22 del 13/01/2022), che garantisce tutti gli accorgimenti tecnici e informatici per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni, prevedendo l'obbligo di riservatezza da parte del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e degli altri operatori individuati per gestire tali informazioni.

In Azienda è attivo un canale riservato criptato per ricevere tali segnalazioni che utilizza codici sostitutivi dei dati identificativi del denunciante e garantisce le tutele previste dalla normativa di riferimento e modalità di scambio informativo. Permette di inviare al RPCT le informazioni utili per individuare gli autori della condotta illecita e le circostanze del fatto. Le segnalazioni possono essere inoltrate, altresì, via PEC, per posta ordinaria o oralmente, anche in forma anonima (in tale caso vengono prese in considerazione ove si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, tali da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati).

⁸⁹ in conformità alla delibera ANAC n. 469 del 9/06/2021 recante "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)"

La misura sopra delineata ha subito nel corso del 2023 un rafforzamento in ragione delle modifiche legislative intervenute in materia⁹⁰. In particolare, il d.lgs. 24/2023 riguardante “*La protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali*” ha innovato in parte la disciplina relativa al whistleblower ed è stato seguito dall’adozione di specifiche linee guida ANAC (n. 311/2023).

Alla luce delle nuove disposizioni normative, l’Azienda ha provveduto all’aggiornamento della relativa sezione su “*Amministrazione Trasparente*” consultabile al link <https://www.ausl.mo.it/segnalazioneilleciti>. In questo contesto, si è proceduto altresì – in coerenza con quanto disposto dal d.lgs. 24/2023 – all’adeguamento dei sistemi aziendali di segnalazione attraverso l’introduzione di un canale telefonico dedicato.

⁹⁰ Le principali novità introdotte per quanto concerne il settore pubblico sono le seguenti:

- ampliamento dei soggetti ai quali è riconosciuta protezione, anche da ritorsioni, in caso di segnalazione interna o esterna, divulgazione pubblica e denuncia all’Autorità giudiziaria.
- ampliamento della tutela anche a soggetti diversi dal segnalante che, in ragione del ruolo assunto nell’ambito del processo di segnalazione, potrebbero essere destinatari di ritorsioni (introduzione della figura del c.d. facilitatore)
- ampliamento del novero degli illeciti passibili di segnalazione: non solo quelli civili e amministrativi, ma anche tutti quelli penali e contabili. Altresì si possono segnalare le violazioni del diritto dell’Ue.
- introduzione dell’obbligo di tutelare la riservatezza anche con riferimento alle segnalazioni effettuate su linea telefonica o sistema di messaggistica vocale.

8. Trasparenza

Con la legge 190/2012⁹¹ la trasparenza amministrativa ha assunto una valenza chiave quale misura generale per prevenire e contrastare la corruzione e la cattiva amministrazione.

Nella Tabella (di cui all'**Allegato n. 5**) che costituisce una specifica sezione del presente Piano, sono definiti ed organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati nella pagina web dedicata ad "Amministrazione Trasparente"⁹² con indicazioni di dettaglio su:

- soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione;
- termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione di ciascun dato, in relazione alla periodicità dell'aggiornamento fissato dalle norme;
- casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione.

L'Azienda ha inteso inoltre applicare massivamente l'art. 9 bis del D.Lgs. n. 33/2019 per il quale è possibile adempiere agli obblighi di pubblicazione delle informazioni e dei documenti facendo ricorso alle Banche Dati Nazionali e Regionali, riportando nelle pagine in cui è articolata la sezione i collegamenti ipertestuali alle Banche Dati contenenti le informazioni o documenti e una piccola spiegazione per facilitarne la consultazione, nonché perseguire l'obiettivo generale fissato da ANAC di informatizzazione e semplificazione dei flussi informativi al fine di alimentare sempre più con modalità automatizzate la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente", capitalizzando le operazioni di caricamento manuale delle informazioni da parte degli operatori.

Fondamentale per l'assolvimento degli obblighi di trasparenza nel modo più completo ed efficiente e secondo i criteri di qualità di cui all'articolato complesso di disposizioni in materia l'individuazione di una rete di referenti dei Direttori/Responsabili dei servizi deputati alla pubblicazione dei dati e delle informazioni in Amministrazione Trasparente e la loro formazione sul campo.

Ulteriore leva organizzativa per la sensibilizzazione dei responsabili tenuti alla pubblicazione dei dati circa la corretta alimentazione dei flussi obbligatori per legge deriva anche dal sistema di deleghe aziendale (deliberazione n. 300/2021) che prevede specificamente (all. 1 par. 7.1.5 Denunce – flussi informativi) che "i dirigenti assolvono tempestivamente ai debiti informativi, di comunicazione e accesso relativi ai dati trattati nell'esercizio delle proprie funzioni, anche in occasione di ispezioni e controlli interni ed esterni, nel rispetto delle norme di riferimento (leggi, disposizioni regionali, circolari applicative, ecc.) e della normativa in materia di privacy. Ferma restando in ogni caso la responsabilità circa la correttezza e completezza dei dati oggetto di flusso

⁹¹ art. 1, co. 36

⁹² <https://www.ausl.mo.it/trasparenza>

/ richiesta, qualora non diversamente specificato, la trasmissione dei flussi informativi dovuti per espressa disposizione di legge è a cura del Direttore della Struttura che tratta e di fatto “produce” le informazioni oggetto del flusso e/o del responsabile del procedimento individuato dallo stesso”. Il Servizio Rapporti con l’esterno e comunicazione collabora con i responsabili e referenti della pubblicazione e con il RPCT al fine di offrire maggiore intelligibilità e chiarezza nel merito delle informazioni contenute nel sito, nel rispetto dei principi di fruibilità e accessibilità delle informazioni dal punto di vista del cittadino e delle “Linee guida di design per i siti e i servizi digitali delle PA” di AGID⁹³.

La vigilanza ed il monitoraggio sull’attuazione degli obblighi viene effettuata da parte del RPCT attraverso il controllo da remoto di ogni singola sezione del sito Amministrazione Trasparente condotto con cadenza periodica in sinergia con i Responsabili/referenti, con incontri/colloqui dedicati. Il RPCT provvede inoltre a segnalare ai responsabili e referenti eventuali novità intervenute negli obblighi di pubblicazione e ad indicare i criteri da seguire⁹⁴.

L’esito dell’attività di monitoraggio circa l’implementazione e l’aggiornamento del sito Amministrazione Trasparente costituisce un indicatore sintetico rispetto al raggiungimento degli obiettivi di budget delle singole articolazioni organizzative.

All’OIV-SSR è assegnato il compito di promuovere e di attestare l’assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza⁹⁵ in relazione alla presenza/assenza del dato o documento nella sezione “Amministrazione trasparente” ed in relazione ai profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (in ordine alla rispondenza a quanto richiesto dalla norma), alla riferibilità a tutti gli uffici, all’effettivo aggiornamento ed al formato di pubblicazione che deve essere aperto ed elaborabile⁹⁶.

Nel 2025, come ogni anno, l’OIV ha verificato e rilasciato le attestazioni sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione, riferiti all’anno 2024, sulla base delle indicazioni di ANAC adottate con delibera n. 192 del 07/05/2025.

In particolare, gli ambiti oggetto di attestazione circa il corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione hanno riguardato:

- 1) Consulenti e collaboratori (art. 15 d.lgs. n. 33/2013; art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001)
- 2) Personale (artt. 10,14,16,17,18, e 21 d.lgs. n. 33/2013; art. 20, d.lgs. n. 39/2013)

⁹³ determina AGID n. 224/2022

⁹⁴ Da ultimo, nota prot. AUSL n. 15902/25 del 24/02/2025 del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

⁹⁵ ai sensi dell’art. 14, co. 4, lett. g), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, dell’art. 44 del d.lgs. 33/2013 e, da ultimo, dell’art. 1, co. 8-bis, della l. 190/2012

⁹⁶ ANAC individua annualmente gli obblighi di pubblicazione oggetto di attestazione e fornisce indicazioni agli OIV sulla loro predisposizione.

Nello svolgimento della vigilanza d’ufficio, ANAC esamina i contenuti delle attestazioni OIV, relativamente ad un campione selezionato di soggetti, al fine di verificare il grado di concordanza delle stesse rispetto a quanto effettivamente pubblicato nella sezione “Amministrazione trasparente” dei siti web istituzionali.

- 3) Bandi di concorso (art. 19 d.lgs. n. 33/2013)
- 4) Bandi di gara e contratti (art. 37 d.lgs. n. 33/2013; artt. 23 e 28 d.lgs. n. 36/2023, delibere ANAC n. 261/2023 e n. 264/2023 come integrata e modificata dalla delibera ANAC n. 601/2023)
- 5) Bilanci (art. 29 d.lgs. n. 33/2013)
- 6) Informazioni ambientali (art. 40 d.lgs. n. 33/2013)
- 7) Interventi straordinari di emergenza (art. 42 d.lgs. n. 33/2013)
- 8) Altri contenuti / Prevenzione della corruzione (l. 190/2012, d.lgs. 39/2013, dl 80/2021, DPR 81/2022).

Gli esiti del monitoraggio 2024 sono risultati più che positivi per l'Azienda.

8.1. Trasparenza dei contratti pubblici

La misura della trasparenza assume notoriamente centrale rilevanza nell'ambito della contrattazione pubblica, costituendo un presidio di prevenzione significativo. In tale contesto occorre dare conto delle modifiche legislative intervenute con il nuovo Codice dei contratti pubblici (D.Lgs. 36/2023).

Dal 1° gennaio 2024 acquistano infatti piena efficacia la disciplina in materia di digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici e le disposizioni previste dall'art. 28 comma 3 del nuovo Codice (Trasparenza dei contratti pubblici).

La digitalizzazione si applica a tutti i contratti di appalto o concessione, di qualunque importo, nei settori ordinari e nei settori speciali. Al centro del nuovo sistema di appalti digitali c'è la Banca Dati ANAC, che interagisce da una parte con le piattaforme certificate utilizzate dalle stazioni appaltanti e dall'altra con le banche dati statali che detengono le informazioni necessarie alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti per gestire le varie fasi del ciclo di vita dei contratti pubblici. Pertanto le fasi di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione di appalti e concessioni verranno gestite dalle stazioni appaltanti mediante piattaforme di approvvigionamento digitale certificate, di cui ogni ente pubblico deve avvalersi. Tali piattaforme devono essere utilizzate per la redazione o acquisizione degli atti relativi alle varie procedure di gara, la trasmissione dei dati e documenti alla Banca Dati Anac, l'accesso alla documentazione di gara, la presentazione del Documento di gara unico europeo, la presentazione delle offerte, l'apertura, gestione e conservazione del fascicolo di gara, il controllo tecnico, contabile e amministrativo dei contratti in fase di esecuzione e la gestione delle garanzie.

Dal 1° gennaio 2024 la BDNCP (Banca dati nazionale contratti pubblici) assicura quindi la pubblicazione dei dati individuati all'art. 28, co. 3 del nuovo Codice, tra cui quelli già previsti dall'art. 1, co. 32, della legge 190/2012 pertanto abrogato dal nuovo Codice.

L'Azienda si è conformata a tale precetto pubblicando nella sezione "Bandi di Gara e Contratti" i link alla BDNCP e alle altre banche dati pubbliche:

- Portale della Pubblicità a Valore Legale (ANAC)
- Portale Open CUP per conoscere gli investimenti pubblici

- Sistema Acquisti Telematici Emilia-Romagna – SATER: sito in cui sono pubblicati tutti i bandi effettuati da Intercent-ER
- Sistema Informatico Telematico degli Appalti della Regione Emilia Romagna – SITAR: sito relativo procedure per l’affidamento di appalti pubblici di lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione etc.
- Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione MEPA
- Banca dati delle Amministrazioni Pubbliche (OpenBDAP): il portale della Ragioneria Generale dello Stato che mette a disposizione i dati della finanza pubblica presenti nella banca dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP), in maniera chiara, trasparente e accessibile
- Portale dei dati aperti dell’Autorità Nazionale Anticorruzione: portale riferito ai dati in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e fornitore nella sottosezione Analytics.
- Servizio contratti pubblici (SCP) del Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibili

Al fine di fornire delucidazioni con riferimento specifico ai contenuti della pubblicazione dei dati riferiti alla sottosezione “Bandi di gara e contratti” è intervenuta ANAC con delibera 264/2023 come modificata dalla delibera 601/2023 e con il PNA 2023 (delibera del 19 dicembre 2023, n. 605), sintetizzati nella propria nota del 10 gennaio 2024⁹⁷.

Per effetto delle predette novità, nel corso del 2024 è proseguita l’attività di analisi e di adeguamento delle singole voci di pubblicazione dei contenuti della Sottosezione Bandi di gara e contratti, anche a seguito dei momenti di condivisione e confronto sul Tavolo regionale di coordinamento RPCT ed OIV-SSR, con la collaborazione di IntercentER, recepiti nelle note dell’OIV-SSR prot. n. 15/03/2024.0282536.U e n. 23/10/2024.1198343.U.

⁹⁷ l’Autorità chiarisce che:

- “Non è più prevista, per alcuna procedura contrattuale, la predisposizione del file XML e l’invio ad ANAC della PEC, entro il 31 gennaio, con indicazione del luogo di pubblicazione di detto file; di conseguenza, perdono di efficacia le relative specifiche tecniche che disciplinavano le modalità di compilazione e pubblicazione del file XML e di invio ad ANAC della dichiarazione di adempimento.
- Per i contratti conclusi entro il 2023: gli obblighi di pubblicazione dei dati in questione risultano adempiuti pubblicando nella sezione “Amministrazione trasparente” sottosezione “Bandi di gara e contratti” le informazioni di cui all’art. 4 della delibera 39/2016 in formato digitale standard aperto, secondo le modalità indicate dalla stessa delibera.
- Per i contratti non conclusi entro il 2023: la trasparenza degli stessi dati già previsti dall’art. 1, co. 32 della l. 190/2012 e ora indicati nell’art. 28, co. 3 del nuovo codice, è assolta mediante comunicazione tempestiva degli stessi, cioè nell’immediatezza della loro produzione, alla BDNCP tramite SIMOG (cfr. Comunicato congiunto ANAC-MIT, delibera 582 del 13 dicembre 2023).

Le stazioni appaltanti pubblicano in “Amministrazione Trasparente”, sottosezione “Bandi di gara e contratti”, il link tramite il quale si accede alla sezione della BDNCP dove sono pubblicate, per ogni procedura di affidamento associata a un CIG, tutte le informazioni che le stazioni appaltanti hanno trasmesso attraverso SIMOG.

- Per i contratti la cui procedura si avvia dal 1° gennaio 2024: la trasparenza dei dati già previsti dall’art. 1, co. 32 della l. 190/2012, e ora indicati nell’art. 28 co. 3 del nuovo codice, è assolta mediante la trasmissione degli stessi dati alla BDNCP attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale certificate. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti inseriscono sul sito istituzionale, nella sezione “Amministrazione trasparente”, un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all’intero ciclo di vita del contratto e che includono anche quelli indicati all’art. 28, co. 3 del nuovo codice. In proposito si rinvia alle delibere ANAC 261 e 264 del 20 giugno 2023, e successivi aggiornamenti”.

8.2. Trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR

Recependo la disciplina prevista in ambito PNRR, DL 77/2021 (“Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”), il PNA 2022 ha introdotto specifici obblighi di pubblicazione con riguardo agli interventi inclusi nel PNRR, riportati nell’Allegato 5 della presente Sottosezione, aggiornato a seguito del nuovo Codice dei contratti pubblici.

Dando inoltre attuazione alle ulteriori indicazioni fornite da ANAC nel PNA 2022, nel corso del 2023 è stata creata all’interno del sito web dell’Azienda USL di Modena una sezione, denominata “Attuazione Misure PNRR” in Altri contenuti – Dati ulteriori della sezione Amministrazione Trasparente (<https://www.ausl.mo.it/amministrazione-trasparente/attuazione-misure-piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza>), dove vengono pubblicati dati e atti relativi agli interventi finanziati nell’ambito del PNRR/PNC, rispetto ai quali vige inoltre un obbligo di conservazione funzionale alle attività di verifica, monitoraggio e controllo dell’attuazione dei progetti finanziati, da parte dei soggetti istituzionali preposti e delle competenti Autorità giudiziarie nazionali, e il diritto dei cittadini all’accesso civico generalizzato. Restano fermi, anche con riferimento alle procedure relative al PNRR/PNC, gli obblighi di pubblicazione delle procedure di gara nelle altre sezioni di “Amministrazione trasparente” del sito istituzionale previsti dal d.lgs. n. 33/2013, anche tramite collegamento alle banche dati.

8.3. Trasparenza di genere

Nell’ambito della condivisione di buone pratiche a livello regionale che tengano conto delle politiche sulla parità di genere, nel corso del 2023 l’Azienda USL di Modena ha implementato la sezione dedicata alla trasparenza con la pubblicazione di ulteriori dati, in un’ottica di presidio alle disparità di genere sulla base di quanto disposto dalle “Linee guida sulla parità di genere nell’organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni”⁹⁸ elaborate dal Dipartimento della funzione pubblica e dal Dipartimento per le pari opportunità, punto 6.5 “Comunicazione e trasparenza interna” che prevede di “assicurare l’accountability dell’amministrazione sulle politiche di genere”.

All’interno della sottosezione⁹⁹ viene pubblicato il “Bilancio di genere”, il link alla pagina web del Comitato Unico di Garanzia e tutti gli altri documenti di programmazione e di divulgazione di buone pratiche in materia di parità di genere.

In altre sezioni di Amministrazione trasparente si è provveduto inoltre a disaggregare, ove possibile, i dati in un’ottica di genere.

⁹⁸ Le Linee guida sono state adottate in attuazione dell’art 5 decreto-legge n. 36 del 2022 (Ulteriori misure urgenti per l’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)).

⁹⁹ <https://www.ausl.mo.it/amministrazione-trasparente/trasparenza-di-genere>

9. Accesso civico e accesso civico generalizzato

A partire dal 2013 il legislatore ha introdotto nell'ordinamento due nuove tipologie di accesso agli atti (Accesso Civico e Accesso Civico Generalizzato) che sono andate ad aggiungersi, con proprie distinte caratteristiche e finalità, al previgente diritto di accesso agli atti amministrativi normato dalla L. 241/90 e s.m.i.. Queste nuove forme di esercizio del diritto di accesso rispondono alle esigenze di trasparenza dell'operato della pubblica amministrazione, ovvero sono volte a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Attualmente l'ordinamento prevede quindi le seguenti tipologie di accesso:

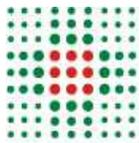
- 1) **Accesso agli atti (o documentale):** è il "classico" diritto degli interessati di accedere ai documenti amministrativi esercitabile da chi debba far valere un interesse giuridicamente rilevante collegato al documento oggetto dell'accesso;
- 2) **Accesso civico:** è il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati che la pubblica amministrazione abbia omesso di pubblicare sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- 3) **Accesso civico generalizzato:** è il diritto di chiunque di accedere a dati, informazioni e documenti detenuti dalla pubblica amministrazione, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, con i soli limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti.

L'Azienda Usl di Modena si è dotata di un proprio Regolamento¹⁰⁰ che disciplina le modalità di esercizio del diritto di accesso, tenuto conto della normativa di riferimento e di quanto disposto dalle disposizioni in materia di protezione dati personali.

La tabella seguente illustra gli elementi distintivi di ciascuna tipologia di accesso:

	Accesso agli atti o documentale	Accesso civico	Accesso civico generalizzato
Normativa di riferimento	L. 241/1990, art. 22 e ss.	D. Lgs. 33/2013, art. 5, co. 1	D. Lgs. 33/2013, art. 5, co. 2
Oggetto dell'accesso	Documenti amministrativi	Documenti, informazioni e dati	Documenti, informazioni e dati

¹⁰⁰ Deliberazione n. 64 del 13/03/2018



Limiti oggettivi della richiesta	LIMITATO sono accessibili tutti i documenti amministrativi, ad eccezione di quelli indicati nell'art. 24 della L. n. 241/90. Il diritto di accesso è esercitabile e fino a quando la pubblica amministrazione ha l'obbligo di detenere i documenti amministrativi ai quali si chiede di accedere.	LIMITATO ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione sul sito aziendale Amministrazione Trasparente	Sono accessibili i dati e i documenti detenuti dalla Pubblica Amministrazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del D.Lgs. n. 33/2013.
Motivazione della richiesta	Necessaria	Non necessaria	Non necessaria
A chi indirizzare la richiesta	alla struttura aziendale competente per la formazione e/o la detenzione del documento	al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)	a) alla struttura aziendale che detiene i dati, le informazioni o i documenti; b) all'Ufficio relazioni con il pubblico; c) al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)
Esercizio del diritto di opposizione da parte di eventuali controinteressati	Sì	No	Sì
Tutela in caso di rifiuto o inerzia	Superiore gerarchico del detentore del dato	Il Direttore Generale è il titolare del potere sostitutivo	- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT); - nel caso in cui dati/documenti richiesti siano detenuti dal RPCT: Direttore Amministrativo
A chi rivolgersi per la tutela giurisdizionale	TAR	TAR	TAR

Per tutte le tipologie di accesso, i relativi procedimenti devono concludersi nel termine di trenta giorni dall'arrivo della richiesta, con provvedimento espresso e motivato e comunicazione del relativo esito al richiedente e agli eventuali controinteressati.

In caso di accoglimento, l'Azienda USL di Modena trasmette tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti. Nel caso specifico di istanza di accesso civico, l'Azienda provvede a pubblicare sul sito Amministrazione Trasparente i dati, le informazioni o i documenti richiesti

oggetto di pubblicazione obbligatoria e a comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale.

9.1. Registro degli accessi

Come raccomandato da ANAC, l'AUSL di Modena ha predisposto il cosiddetto "Registro degli accessi", contenente informazioni relative a tutte le richieste di accesso (documentale, civico e generalizzato) pervenute a ciascun servizio/struttura aziendale.

L'aggiornamento e la relativa pubblicazione avvengono semestralmente a cura dell'Ufficio Privacy e Accesso agli atti.

Il Registro degli accessi riporta le seguenti informazioni:

- data di arrivo della richiesta
- tipologia di accesso
- struttura competente
- oggetto dell'istanza, con oscuramento dei dati personali eventualmente presenti
- esito (accoglimento totale o parziale, diniego totale o parziale, differimento etc.)
- data del provvedimento di risposta
- sintesi della motivazione del provvedimento di diniego

Oltre ad essere funzionale al monitoraggio che ANAC intende svolgere sulle richieste di accesso (in particolare di quello c.d. generalizzato) pervenute alle pubbliche amministrazioni, la pubblicazione del Registro degli accessi costituisce uno strumento di informazione circa le attività di tutte le pubbliche amministrazioni, che in questo modo rendono noto su quali documenti, dati o informazioni viene consentito l'accesso.

Con riferimento alla gestione del Registro, presente nella sezione dedicata all'accesso (www.ausl.mo.it/accesso-civico), è in corso l'analisi per l'implementazione di ulteriori funzionalità di automatizzazione della raccolta e gestione delle istanze.

Misure trasversali di prevenzione del rischio

Informatizzazione e dematerializzazione dei processi

L'informatizzazione e la dematerializzazione dei processi quale misura di prevenzione è realizzata attraverso applicativi di cui si illustrano di seguito i più rilevanti per l'attività amministrativa, al fine di consentire la tracciabilità e l'emersione delle responsabilità per ciascuna fase:

- gestionale GAAC di Gestione informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile delle Aziende Sanitarie regionali dell'Emilia Romagna
- gestionale documentale “Archiflow” di registrazione del protocollo e gestione del percorso di adozione degli atti (delibere e decisioni);
- gestionale regionale delle risorse umane (GRU WHR Time) in uso al Servizio Personale (Portale del dipendente)
- gestionale “INFOSAT” in uso al Servizio Unico Attività Tecniche¹⁰¹
- gestione informatizzata delle Liste d'attesa, gestione delle agende per prenotazioni di prestazioni ambulatoriali nella procedura CUP (Centro Unico di Prenotazione)
- gestionale in uso all'UO Controlli Sanitari

In linea con gli obiettivi strategici fissati dalla presente programmazione, proseguirà il lavoro di analisi e l'implementazione della automazione dei processi e della informatizzazione dei flussi, anche per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

Patti d'integrità

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra Azienda e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e, in forza di tale azione, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

Si tratta, in particolare, di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzato ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale - nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto - che

¹⁰¹ L'applicativo INFOSAT®, che ha ottenuto la certificazione del proprio Sistema di gestione per la Qualità conformemente alla norma Uni En Iso 9001:2008, censisce l'intero patrimonio di informazioni su cui si basa l'operatività del Servizio Unico Attività Tecniche consentendo la gestione dell'intero procedimento di progetto dell'opera pubblica, dalla pianificazione poliennale, alle fasi del progetto in senso stretto, della individuazione del contraente esterno tramite procedure di gara, della attuazione, fino alla immissione nel patrimonio aziendale caratterizzato da un sistema informatico di censimento che presenta, tra l'altro, una precisa e completa anagrafica degli immobili con riguardo a titolo di godimento e indicazione dati catastali e metrici, tipologia posizione immobiliare, assetto proprietario, utilizzatori, definizione caratteristiche - tipologiche, di finitura, dimensionali - di ogni ambiente in uso all'Azienda.

sotto il profilo del contenuto - nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

L'Azienda USL applica nelle procedure di gara i Patti di Integrità e i Protocolli di Legalità (ai sensi del Codice Antimafia), finalizzati alle attività di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi e di infiltrazione della criminalità organizzata. Il Sistema Acquisti Telematici Emilia-Romagna (SATER) e il Sistema Informatico Telematico degli Appalti della Regione Emilia Romagna (SITAR) forniscono attualmente tali strumenti nella gestione informatizzata della procedura di gara.

Negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito è inserita la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Regolamenti aziendali

L'Azienda adotta regolamenti aziendali e procedure, cui si rimanda, raggiungibili al seguente indirizzo di Amministrazione Trasparente: <https://www.ausl.mo.it/regolamenti-aziendali>.

I destinatari degli stessi sono tenuti al rispetto e alla corretta applicazione di tali documenti poiché diretti a garantire in particolare i principi di economicità, efficacia, efficienza, perseguimento dell'interesse pubblico, buon andamento, imparzialità, contenimento dei costi, centralità della persona, non discriminazione, legalità, integrità e trasparenza.

Tali documenti vengono richiamati – con riferimento ai processi analizzati -nell'Allegato n. 4 “*Registro del rischio e misure adottate*”, tra le misure dirette alla prevenzione della corruzione.

Partecipazione a tavoli istituzionali per l'integrità e la legalità

Il progressivo consolidamento delle analisi e delle conseguenti misure in materia di prevenzione della corruzione in Regione Emilia-Romagna e presso le Aziende sanitarie della Regione si è caratterizzato negli ultimi anni per una serie di iniziative di carattere generale e specifico che promuovono un miglior livello di coordinamento e condivisione di buone pratiche tra tali enti.

Nel dettaglio:

- l'Art. 15 della Legge Regionale 18/2016 (TU sulla legalità) ha previsto l'attivazione della Rete per l'Integrità e la trasparenza, caratterizzata da un respiro molto ampio e che vede coinvolte numerose amministrazioni pubbliche che operano nella Regione e loro associazioni;
- l'istituzione di un unico OIV presso la Regione per tutte le Aziende sanitarie;

- la formalizzazione del Tavolo regionale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale¹⁰² per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, già attivo dal 2016¹⁰³ cui partecipa il RPCT.

In tale ambito è stato attivato uno specifico percorso per rendere più strutturate ed organiche le relazioni con Intercent-ER¹⁰⁴, che come ente strumentale della Regione Emilia-Romagna, è inserita nel sistema per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza regionale.

Ulteriore forma di collaborazione tra Aziende Sanitarie sulla base degli indirizzi regionali è data dalla partecipazione dell’Azienda USL di Modena all’Area Vasta Emilia Nord (AVEN) della quale fanno parte anche le Aziende Sanitarie (AUSL e Aziende Ospedaliere/IRCCS) delle province di Piacenza, Parma, Reggio-Emilia e Modena. Tale forma di collaborazione ha come principale obiettivo lo sviluppo e l’implementazione di attività finalizzate a favorire processi di aggregazione sia nell’ambito dell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari, sia nell’ambito delle funzioni amministrative e di supporto a livello di area vasta. In coerenza con le indicazioni programmatiche e con gli indirizzi regionali in materia, l’obiettivo è quello di favorire sinergie e condivisione di risorse e contribuire alla omogeneizzazione dell’offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi, migliorando anche la sostenibilità economica.

L’Azienda USL partecipa inoltre al Tavolo della Legalità del Comune di Modena ed alle iniziative, anche formative, da questo proposte.

Rapporti con la società civile

Al fine di disegnare un’efficace strategia anticorruzione, l’Azienda USL realizza forme di sensibilizzazione e consultazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità con il coinvolgimento di cittadini e organizzazioni portatori di interessi collettivi, ai fini della implementazione del Piano, della diffusione delle strategie di prevenzione e del loro monitoraggio.

Per il prossimo triennio è prevista la prosecuzione dell’attività di confronto e partecipazione con la società civile, in particolare con i Comitati Consultivi Misti, presenti in ogni Distretto socio sanitario della provincia, composto da membri designati dalle associazioni di tutela e di volontariato maggiormente impegnate nel settore socio-sanitario e da operatori dell’AUSL, con

¹⁰² Determinazione num. 894 del 20/01/2022 del Responsabile del Servizio affari legislativi e aiuti di stato Direzione generale risorse, Europa, innovazione e istituzioni avente per oggetto: “*Tavolo di coordinamento della "rete per l'integrità" e la trasparenza" della regione Emilia-Romagna: rinnovo dei componenti.*”

¹⁰³ con Determinazione n. 19717 del 5/12/2017 del Direttore della Direzione Generale Cura della Persona e Welfare

¹⁰⁴ Intercent-ER è l’Agenzia per lo sviluppo dei mercati telematici della Regione Emilia-Romagna istituita con legge regionale n. 11 del 2004. L’Agenzia ha il compito di ottimizzare, razionalizzare e semplificare la spesa per beni e servizi delle Pubbliche Amministrazioni del territorio regionale, attraverso la gestione di un sistema telematico di negoziazione (e-procurement), la centralizzazione degli acquisti, la standardizzazione della domanda e l’elaborazione di strategie di gara innovative. A seguito di una modifica della sua legge istitutiva, dal 2022 Intercent-ER può occuparsi non solo di beni e servizi ma anche di procedure di acquisizione di lavori, incluse le manutenzioni.

funzioni propositive e consultive, orientate al controllo e al miglioramento della qualità dei servizi sanitari dal punto di vista del cittadino.

L'Azienda USL di Modena promuove il più ampio coinvolgimento e la partecipazione consapevole della società civile offrendo un canale permanente di comunicazione e di consultazione¹⁰⁵ per i cittadini e per le organizzazioni portatrici di interessi collettivi per rappresentare i propri contributi e le proposte circa le aree di priorità in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza ed in particolare il coinvolgimento e la partecipazione consapevole sul Piano Integrato di Attività ed Organizzazione – Sezione Rischi corruttivi e trasparenza (PIAO).

A tutti gli interessati, dunque, viene proposto di compilare un form per indirizzare, direttamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ogni considerazione o suggerimento sul Piano in consultazione.

Dall'esterno dell'Azienda USL di Modena è altresì possibile effettuare segnalazioni attraverso i canali presenti sul sito web aziendale e attraverso la rete degli uffici per la relazione con il pubblico (URP) della Azienda.

Misure specifiche

Nell'elaborato “*Registro del rischio e misure adottate*” (di cui all'Allegato 4) sono individuate le misure generali e specifiche per ogni processo mappato, verificando:

- l'adeguatezza di misure generali e/o di controlli specifici esistenti per valutarne la capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio;
- l'adattamento alle caratteristiche specifiche delle attività mappate;
- la gradualità delle misure rispetto al rischio residuo;
- la programmazione delle misure, sia generali che specifiche, indicando le fasi (e/o modalità) di attuazione, le tempistiche, le responsabilità connesse all'attuazione ed al monitoraggio nonché gli indicatori di monitoraggio.

Con riferimento all'Area di Attività Contratti Pubblici è stato rappresentato quanto prodotto dal Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, con specifico approfondimento sulla filiera degli acquisti¹⁰⁶.

¹⁰⁵ <https://www.ausl.mo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/integrita/ptpct-consultazione/>

¹⁰⁶ Sono state definite, pertanto, una serie di misure e scelte procedurali ed organizzative (alcune peraltro già in essere e consolidate da tempo) che riducono il rischio corruttivo nei processi di acquisto ed impattano positivamente su numerose fasi del processo stesso sintetizzate di seguito e richiamate nell'Allegato 4:

- Segregazione delle funzioni
- Corretta gestione dei conflitti di interesse
- Procedure informatizzate ed utilizzo delle piattaforme telematiche
- Costante flusso informativo fra IntercentER ed Aziende sanitarie
- Reportistica e benchmark

Strumenti per l'integrità

www.ausl.mo.it/integrita	spazio dedicato alle politiche per l'integrità
www.ausl.mo.it/trasparenza	spazio dedicato alla sezione "Amministrazione Trasparente"
https://www.ausl.mo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/accesso-civico-e-generalizzato/	spazio dedicato all'accesso alla documentazione in possesso dell'Azienda
www.ausl.mo.it/codice-di-comportamento	pubblicazione del Codice ai sensi dell'art. 55, comma 2, D.Lgs. 165/2001
www.ausl.mo.it/segnalazioneilleciti	spazio dedicato alle segnalazioni con link alla piattaforma dedicata alle segnalazioni Whistleblowing
www.ausl.mo.it/regolamenti-aziendali	nella sezione sono pubblicati i regolamenti dell'azienda suddivisi per ambiti di interesse (personale, acquisti, bilancio, privacy, ecc.)
www.ausl.mo.it/formazioneponsorizzata	spazio dedicato alle aziende farmaceutiche, di dispositivi o ditte con interessi privati (anche attraverso provider di formazione o società scientifiche) per invitare i professionisti a corsi di formazione sponsorizzati
www.ausl.mo.it/specialist	spazio dedicato all'accesso degli specialist di prodotto alle strutture aziendali
www.ausl.mo.it/cameremortuarie	per le informazioni sulle camere mortuarie e il questionario sulla qualità del servizio
www.ausl.mo.it/antiriciclaggio	per le informazioni sulle attività aziendali sull'antiriciclaggio
https://www.ausl.mo.it/ptpctconsultazione	pagina dedicata alla consultazione pubblica permanente delle sezioni di prevenzione della corruzione e della trasparenza con form online

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Maria Chiara De Rosa

pec: rpct@pec.ausl.mo.it

email: trasparenza@ausl.mo.it

ALLEGATI

Allegato n. 1) "Contesto esterno"

L'argomento è trattato, dal punto di vista metodologico, nel capitolo [Contesto esterno](#) e dal punto di vista contenutistico nell'**Allegato n. 1**, cui si rimanda come parte integrante e sostanziale del documento Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO.

Allegato n. 2) Contesto interno: Mappatura dei processi

L'argomento è trattato, dal punto di vista metodologico, nel capitolo [La mappatura dei processi aziendale](#). La **Mappatura dei processi** è declinata nell'**Allegato n. 2**, cui si rimanda come parte integrante e sostanziale del documento Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO.

Allegato n. 3) Analisi e valutazioni rischi

L'argomento è trattato, dal punto di vista metodologico, nel capitolo [Valutazione del rischio](#). La valutazione complessiva del rischio relativa ai processi mappati è declinata nell'**Allegato n. 3**, parte integrante e sostanziale del documento Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO.

Allegato n. 4) Registro dei rischi e monitoraggio

L'argomento è trattato, dal punto di vista metodologico, nel capitolo [Valutazione del Rischio](#). Il **Registro dei rischi e delle misure adottate** è contenuto nell' **Allegato 4** cui si rimanda come parte integrante e sostanziale del documento Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO.

Allegato n. 5) Trasparenza

L'argomento è trattato, dal punto di vista metodologico, nel capitolo [Trasparenza](#). L'elenco degli obblighi di pubblicazione con indicazione dei responsabili della individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione delle singole informazioni sul sito Amministrazione Trasparente nonché dei tempi di aggiornamento è declinato nell'**Allegato 5**, cui si rimanda quale parte integrante e sostanziale del documento Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO.

Allegato n. 6) Codice di comportamento

Il Codice di comportamento per il personale operante all'interno dell'Azienda USL di Modena (trattato nel paragrafo [Codice di comportamento](#)) è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 39 del 25/01/2024 e compone quale parte integrante il sistema del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.