

DELIBERAZIONE ANAC N. 831/2016. AGGIORNAMENTO PTPC ANNI 2017-2018-2019.

Ruolo del responsabile della prevenzione della corruzione

Premessa

Il RPCT rappresenta uno dei soggetti fondamentali per l'attuazione della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza²¹.

In considerazione della natura dei soggetti destinatari del PNA - sezione II Sanità - e delle peculiarità delle organizzazioni sanitarie nell'ambito del sistema-aziende che operano all'interno del SSN, è necessario che le indicazioni fornite nella parte generale al § 5.2. siano quanto più possibile contestualizzate, sia nella scelta da parte dell'organo nominante (Direttore Generale), sia nella configurazione degli strumenti di supporto nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, funzionali alla migliore gestione di tutti i processi interni alla stessa. In coerenza, infatti, con le indicazioni della parte generale, il ruolo e le funzioni del RPCT non possono prescindere, ancor più in un'organizzazione sanitaria e di alta complessità, dalle funzioni strategiche di pianificazione, di vigilanza, di monitoraggio e di controllo proprie dell'organizzazione stessa e devono essere integrate ed interconnesse con esse.

Nel presente approfondimento sono contenute indicazioni specifiche al fine di uniformare, per gli aspetti di comune applicabilità, i criteri di scelta delle aziende e degli enti del SSN, del profilo cui attribuire la funzione di RPCT.

1. Ambito soggettivo

I soggetti cui si rivolge l'approfondimento sono i medesimi contenuti al punto 1.2 dell'approfondimento sezione II Sanità dell'Aggiornamento 2015 al PNA²².

1.1 Altri soggetti non di diritto pubblico: gli ospedali classificati e altri soggetti accreditati con il SSN

Per gli enti non di diritto pubblico accreditati con il SSN si raccomanda alle amministrazioni di riferimento di promuovere l'adozione di strumenti per il rafforzamento della trasparenza e per la prevenzione della corruzione e del conflitto di interessi, alla luce delle indicazioni operative contenute anche nel presente approfondimento.

Particolare riguardo va riservato ai c.d. ospedali classificati o equiparati²³ in ragione della peculiarità di questi enti la cui natura giuridica - amministrativa non ne consente la riconducibilità netta al settore pubblico o al privato. La normativa di settore²⁴ a oggi invariata ha, di fatto, determinato, con

²¹ Si rinvia, al riguardo, all'Aggiornamento 2015 al PNA (pp. 10-12).

²² Ibidem (p. 40) con la precisazione che fra gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) di diritto pubblico si intendono ricompresi anche gli enti di ricerca di diritto pubblico comunque denominati (es. INRCA).

²³ Aggiornamento 2015 al PNA (p. 40) «Soggetti destinatari dell'approfondimento».

²⁴ La legge 12 febbraio 1968, n. 132 «Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera», dedicava due commi del primo articolo agli istituti ed enti ecclesiastici che esercitavano l'assistenza ospedaliera. Il quinto comma manteneva fermo il precedente regime giuridico-amministrativo, che riconosceva l'autonomia a questi enti (fatta salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante al ministero), mentre il sesto comma conferiva ai medesimi, ove in possesso dei requisiti prescritti dalla stessa l. 132/1968 per gli ospedali pubblici, la facoltà di chiedere e il diritto di ottenere che i loro ospedali fossero appunto "classificati" in una delle categorie contemplate dal nuovo ordinamento, attuandone in sostanza una piena equiparazione. In altri termini, la legge citata riconosceva natura pubblica al servizio ospedaliero purché svolto alle condizioni da essa stessa stabilite (requisiti della struttura, retta di degenza, programmazione, status del personale), a prescindere dalla natura, pubblica o privata, del soggetto che lo espletava. La riforma sanitaria del 1978 ha sostanzialmente confermato questo ordinamento, richiamando che «nulla è innovato alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico amministrativo» sia degli enti ecclesiastici e dei relativi ospedali classificati, sia degli ospedali acattolici (legge 23 dicembre 1978, n. 833 «Istituzione del servizio sanitario nazionale», articolo 41), salvo che per la vigilanza tecnico-sanitaria (trasferita dal ministero alle Asl) e la "convenzione obbligatoria" da stipulare in conformità a uno schema-tipo. Le «istituzioni sanitarie riconosciute che esercitano l'assistenza pubblica» (sono così testualmente

riferimento a tali enti, una nuova fattispecie giuridica legata ad una personalità di natura privata delle strutture ecclesiastiche classificate ed equiparate, coesistente con la erogazione di un servizio ospedaliero sottoposto alle stesse regole generali del settore pubblico.

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

Qualora le aziende sanitarie e gli altri soggetti di cui al presente paragrafo controllino o partecipino in società o altri enti di diritto privato, questi ultimi, in analogia agli altri soggetti sopra menzionati, sono tenuti ad assicurare l'applicazione della normativa di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza²⁵, anche ai fini dell'individuazione e nomina della figura del RPCT.

2. Conoscenze e competenze generali e comuni del RPCT in ambito sanitario e requisiti soggettivi

L'approfondimento sezione II Sanità dell'Aggiornamento 2015 al PNA contiene già indicazioni sui requisiti soggettivi dei RPCT, prevedendo che *«Fermo restando quanto già indicato nella parte generale, il profilo del professionista al quale attribuire l'incarico di RPC è opportuno abbia specifiche competenze in tema di conoscenza dell'organizzazione e gestione della struttura sanitaria, dei processi e delle relazioni in essa esistenti»*.

Nella definizione del profilo del RPCT è necessario tenere conto degli aspetti che connotano la funzione che deve esercitare tale figura che possono essere ricompresi prevalentemente in due ambiti: "preventivo" e di "vigilanza".

In riferimento al primo ambito, il RPCT è chiamato ad elaborare il PTPC che costituisce l'espressione delle conoscenze specifiche e contingenti in possesso del RPCT e della sua capacità di utilizzare esperienze e competenze presenti all'interno e all'esterno della struttura in cui opera. In merito al secondo aspetto, quello della vigilanza, il RPCT è chiamato a vigilare sul rispetto di quanto previsto dal Piano, a elaborare nuove misure e strategie preventive e a segnalare criticità e/o specifici fatti corruttivi o di cattiva gestione. Il prevalere di un aspetto o dell'altro, ovvero il livello di equilibrio fra questi due ambiti, rilevano nell'identificazione del profilo del RPCT.

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

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

- definire il profilo e le competenze del RPCT delle aziende sanitarie e degli enti del SSN;
- esplicitare il sistema di relazioni/collegamenti del RPCT con riferimento ai rapporti con i vertici aziendali e con i responsabili delle varie articolazioni aziendali;

definiti gli enti ecclesiastici e gli ospedali acattolici nell'articolo 41) *«conservano la loro posizione di soggetti attivi nel sistema pubblico dell'assistenza»*. Anche secondo le due riforme del Servizio sanitario nazionale susseguites nel 1992 e nel 1999, *«nulla è innovato alla vigente disciplina in materia»* (art. 4, co. 12, del d.lgs. 502/92, che il d.lgs. 229/99 ha lasciato invariato).

Al contrario, per quanto riguarda gli accordi contrattuali stipulati tra Asl e soggetti accreditati sulla base dei criteri definiti dalla Regione in tema di finanziamento, a partire da quanto stabilito dall'art. 8 *«quonques»* si delinea e si amplia il solco tra pubblici ed equiparati che porta questi ultimi a far parte dell'insieme delle strutture private accreditate.

Da ultimo, nel Patto della salute 2010-12 di cui all'Intesa stato-regioni del 3 dicembre 2009 è previsto al primo comma dell'articolo 7: *«si conviene, nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica, di stipulare un'intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 131 del 2003 in sede di Conferenza Stato-Regioni finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie, anche al fine di tenere conto della particolare funzione degli ospedali religiosi classificati»*.

²⁵ Aggiornamento 2015 al PNA (pag. 11) *«Centralità del RPC»*.

- esplicitare gli strumenti a supporto del RPCT (ad esempio referenti e/o struttura organizzativa in relazione al livello di complessità dell'organizzazione aziendale).
- Sulla base delle suddette considerazioni si possono distinguere in capo al RPCT due diversi aspetti: profili di competenza e aspetti organizzativi.

2.1 Profili di competenza

Le caratteristiche conoscitive principali del RPCT devono essere:

- conoscenza dell'organizzazione sanitaria (ospedaliera/territoriale) e dei diversi processi che costituiscono gli elementi fondamentali per la produzione di servizi sanitari;
- conoscenza dei processi amministrativi e gestionali;
- capacità di valutare il contesto in cui opera un'azienda sanitaria e gli snodi importanti di funzionamento della macchina assistenziale ed amministrativa sulla base anche della conoscenza intersettoriale dell'azienda sanitaria e della rete di relazioni interne ed esterne della stessa in ambito locale, regionale ed extra regionale;
- conoscenza degli strumenti di programmazione aziendale e del sistema di valutazione delle performance per le necessarie interconnessioni tra questi e il PTPC.

2.2 Aspetti organizzativi

Posto che il RPCT negli enti del servizio sanitario debba almeno occupare una posizione dirigenziale di struttura complessa o a valenza dipartimentale (UOC, UOD, Dipartimento/Distretto/Presidio, ecc.) e che la funzione di RPCT è aggiuntiva rispetto alla funzione e al ruolo del dirigente già ricoperti all'interno dell'organizzazione, a invarianza di risorse economiche, è importante nell'individuazione della figura più adeguata al ruolo di RPCT, tenere conto della tipologia di struttura organizzativa diretta e del livello di integrabilità/compatibilità delle relative funzioni ed attività con quelle aggiuntive del ruolo di RPCT.

3. Criteri di esclusione

La normativa vigente prevede che il RPCT sia un dirigente stabile dell'amministrazione, con una adeguata conoscenza della sua organizzazione e del suo funzionamento, dotato della necessaria imparzialità ed autonomia valutativa e scelto, di norma, tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva.

Nel contesto delle organizzazioni sanitarie, l'applicazione delle richiamate disposizioni normative e delle indicazioni già fornite da questa Autorità, induce ad escludere, ai fini della scelta e della conseguente nomina del RPCT, le fattispecie di seguito elencate a titolo indicativo e non esaustivo:

- direttore generale;
- dirigente (sia di area sanitaria che amministrativa) di struttura semplice;
- dirigente responsabile del settore gare e appalti;
- dirigente responsabile dell'ufficio procedimenti disciplinari;
- dirigente esterno con contratto di collaborazione/consulenza e/o altro tipo di rapporti a tempo determinato.

Rispetto ai suddetti criteri di esclusione, eventuali scelte residuali dovranno, in ogni caso, essere adeguatamente motivate, avuto riguardo delle indicazioni di cui al presente approfondimento e a quelle della parte generale, in coerenza con la cornice normativa vigente per l'ambito di riferimento. Resta salva la possibilità di salvaguardare le professionalità che hanno svolto l'incarico per almeno un triennio, previa adeguata motivazione circa l'assenza di altre figure compatibili con le indicazioni già fornite nel PNA.

In ogni caso, per tutte le fattispecie non esplicitamente annoverate tra quelle escludenti la nomina a RPCT, resta intesa la presupposta condizione di assoluta integrità del soggetto da nominare, che, di norma, non deve essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari.

4. Criteri di scelta

Se gli aspetti che prevalgono nella scelta sono quelli "di competenza", le aziende sanitarie e gli enti assimilati avranno cura di valorizzare l'organizzazione funzionale di supporto al RPCT di cui al successivo § 6. Qualora, invece, gli aspetti che prevalgono siano quelli "organizzativi", è opportuno prendere a riferimento strutture organizzative che, per funzioni strategiche proprie, oltre a presupporre la conoscenza dei processi organizzativi e gestionali interni all'azienda, già si caratterizzano per un elevato livello di integrazione con gli altri livelli di responsabilità aziendali. Rispondono a quest'ultimo caso, e sono da intendersi quali profili elettivi, figure come il responsabile del controllo di gestione, il responsabile del settore affari legali/affari generali, il *risk manager*, il direttore medico di presidio, il dirigente amministrativo di presidio, il direttore di distretto, il direttore di dipartimento, il cui ruolo e funzioni si caratterizzano per essere trasversali rispetto all'organizzazione aziendale e che, pertanto, devono interagire necessariamente con la direzione strategica. Transitoriamente, e in via eccezionale, è fatta salva la possibilità di attribuire l'incarico di RPCT ai dirigenti di struttura semplice o ai titolari di incarichi di alta professionalità che abbiano già svolto l'incarico di RPCT per almeno un triennio, previa adeguata motivazione circa l'assenza di condizioni per poter attribuire l'incarico agli altri soggetti sopra indicati.

5. Fattori di rischio/criticità

In questa sezione rientrano tutti quegli elementi che possono influenzare, positivamente o negativamente, l'azione del RPCT. In particolare, si segnalano:

- il livello di integrità del soggetto cui affidare l'incarico di RPCT;
- il livello di legittimazione/autorevolezza del soggetto all'interno dell'organizzazione e nelle relazioni con gli altri livelli di responsabilità aziendali;
- il grado di "dipendenza" del soggetto e del suo percorso di carriera da persone che operano all'interno dell'azienda (o che ne possono influenzare gli orientamenti dall'esterno);
- l'appartenenza a specifiche "comunità" (ad es. associazioni o altro);
- la mancanza di prospettive di realizzazione di azioni che possono richiedere tempi operativi medio/lunghi (rotazioni troppo brevi possono disincentivare l'attività di un RPCT);
- la necessità di rientro nel precedente percorso di carriera e quindi la convivenza nell'ambiente con ruoli diversi, ecc.;
- ulteriori eventuali fattori di "rischio" soggettivi evincibili ad es. dalla dichiarazione pubblica di interessi di cui alla modulistica standard resa disponibile in applicazione della specifica previsione contenuta nella determinazione ANAC n. 12/2015 – sezione II - Sanità.

6. Struttura di supporto

Per quanto concerne, in particolare, gli strumenti a supporto del RPCT si rinvia a quanto illustrato nella parte generale (cfr. § 5.2.), in coerenza con le indicazioni fornite dal legislatore nel d.lgs. 97/2016. All'atto della nomina, specie laddove nella scelta i profili di competenza prevalgano sugli aspetti organizzativi, è opportuno esplicitare i collegamenti e le strutture/figure di supporto al RPCT che consentano, da un lato, un efficace espletamento dei compiti di quest'ultimo e, dall'altro, la necessaria partecipazione dei responsabili degli uffici a tutte le fasi di predisposizione e di attuazione del PTPC, nonché la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia partecipazione di tutti i dipendenti.

7. Durata dell'incarico

La durata dell'incarico del RPCT deve essere fissata tenendo conto della non esclusività della funzione, che, al contrario, viene assegnata a titolari di incarichi dirigenziali di struttura complessa e/o valenza dipartimentale già ricoperti all'interno dell'organizzazione. Al riguardo si rinvia alla parte generale. Le predette indicazioni sono connesse alla salvaguardia della necessaria "indipendenza" delle funzioni del RPCT rispetto anche ad eventuali potenziali condizionamenti connessi ai fattori di rischio evidenziati al precedente § 5. Il RPCT deve, infatti, essere una figura di garanzia per l'istituzione sanitaria e non un incarico di natura fiduciaria. Di ciò deve tenersi conto anche nella determinazione della durata dell'incarico, non correlata a quella del contratto del Direttore Generale.

8. Formazione

La centralità della formazione²⁶ e il ruolo strategico che essa assume nella qualificazione e nel mantenimento delle competenze, sono affermati, come richiamato nella nota sottostante, già nella l. 190/2012.

Ferma restando la responsabilizzazione delle amministrazioni e degli enti sulla scelta dei soggetti da formare e su cui investire prioritariamente e la trasversalità della formazione all'interno dell'organizzazione per tutti i soggetti che, seppur con approcci differenziati, partecipano, a vario titolo, alla formazione ed attuazione delle misure di prevenzione, la figura del RPCT e le figure di supporto (referenti, organi di indirizzo, titolari di uffici e di funzioni strategiche, ecc.) sono da considerarsi destinatari prioritari dell'investimento formativo.

Sotto il profilo dei contenuti la formazione deve riguardare, anche in modo specialistico, tutte le diverse fasi di costruzione dei PTPC e delle connesse relazioni annuali: a titolo di esempio, l'analisi di contesto, esterno e interno, la mappatura dei processi, l'individuazione e la valutazione del rischio, l'identificazione delle misure e le modalità di verifica, monitoraggio e controllo delle stesse.

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

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

²⁶ Aggiornamento 2015 al PNA (p. 13) «Ruolo strategico della formazione».

Acquisti in ambito sanitario

Fermo restando quanto già indicato nella determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, nella sezione II Sanità e, in particolare, quanto ivi riportato al § 2.1.1. “Contratti pubblici”, di seguito si forniscono ulteriori, specifiche indicazioni relative al processo degli acquisti in ambito sanitario.

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

Nell'ambito degli appalti in sanità, l'esigenza di affrontare in modo sistemico e strategico le situazioni di conflitti di interesse appare maggiormente sentita a causa delle caratteristiche strutturali di potenziale intrinseca “prossimità” di interessi presenti nell'organizzazione sanitaria con specifico riferimento al settore degli acquisti, generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati. L'argomento riveste una particolare rilevanza alla luce anche del d.lgs. 50/2016 (nuovo Codice dei contratti pubblici) che, all'art. 42, reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione dei conflitti di interesse che possano essere percepiti come minaccia alla imparzialità e all'indipendenza del personale della stazione appaltante.

Occorre, pertanto, predisporre misure per una corretta gestione dei conflitti potenziali e/o effettivi attraverso l'enucleazione delle fattispecie tipiche di conflitto di interessi e la divulgazione di informazioni finalizzate a consentire ai tecnici e ai professionisti sanitari più esposti al rischio di conflitto di interessi di agire con la consapevolezza richiesta, anche attraverso la compilazione delle apposite dichiarazioni; è inoltre opportuna la definizione di un modello di gestione dei conflitti di interessi e la informazione dei professionisti coinvolti.

Di conseguenza si propongono le seguenti possibili misure:

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

L'AGENAS potrà offrire un supporto operativo per l'attuazione delle misure indicate attraverso materiale pubblicato sul proprio sito istituzionale.

1.1 Possibili ambiti di conflitto di interesse

Le situazioni che possono generare conflitti di interessi dovrebbero, per le ragioni anzidette, essere gestite dalle aziende sanitarie in modo che i contatti tra mondo professionale interno ed operatori economici possano avvenire all'interno di un quadro regolamentato in termini di procedure definite a livello aziendale.

In tale ottica si suggeriscono le seguenti misure, utili a costituire un valido contributo procedurale alla riduzione del rischio e la cui adozione favorisca la percezione di un'attività imparziale e indipendente da parte delle stazioni appaltanti, sia nella fase di progettazione che in quella di selezione del contraente.

- Nell'ambito della sponsorizzazione di attività:
 - nei casi in cui la formazione dei professionisti sia sponsorizzata con fondi provenienti da imprese private, le aziende predispongono procedure che prevedano che le richieste di sponsorizzazione siano indirizzate direttamente alla struttura indicata dall'azienda (es. Direzione Sanitaria) e non ai singoli professionisti o a loro associazioni private e che tali richieste non siano mai nominative, dovendo essere l'azienda a indicare e autorizzare i dipendenti idonei a beneficiarne (in relazione al ruolo organizzativo, al bisogno formativo, ecc.);
 - le risorse derivanti dalle sponsorizzazioni sono utilizzate attraverso l'istituzione di un fondo dedicato alla formazione dei professionisti, da gestire secondo criteri di rotazione, imparzialità e con modalità che garantiscano la piena trasparenza.
- Nel rilascio di pareri, nulla osta, autorizzazioni allo svolgimento di attività extra impiego:
 - le aziende definiscono un procedimento per il rilascio di pareri, nulla osta, autorizzazioni allo svolgimento di attività extra impiego che tenga conto: nel caso in cui il soggetto richiedente sia membro di una commissione di gara, della possibile insorgenza di situazioni di conflitto quando la procedura di gara sia in uno stato avanzato di espletamento che non consente agevoli sostituzioni o quando non siano presenti professionalità fungibili con quella del dipendente; della programmazione degli acquisti e, quindi, delle professionalità che potranno essere chiamate a partecipare alle future procedure di gara.

2. Rafforzamento della trasparenza nel settore degli acquisti

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

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

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

Set di dati oggetto di pubblicazione:

Oltre ai dati di cui all'art. 29 del d.lgs. 50/2016:

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

2.1 Altre proposte di misure di trasparenza nel settore degli acquisti

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

- Nella fase di progettazione della gara le stazioni appaltanti pubblicano le seguenti informazioni:
 - criteri per gestire le varie forme di consultazione preliminare di mercato con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo la rendicontazione sintetica degli incontri (anche di quelli eventualmente aperti al pubblico);
 - elenco dei soggetti abilitati a svolgere la funzione di responsabili del procedimento di gara, con relativi curricula (nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza);
 - per le centrali di committenza, pubblicazione periodica dello stato di avanzamento dei lavori per la realizzazione delle iniziative programmate, inclusa la previsione della conclusione del procedimento;
 - criteri univoci per: le procedure finalizzate all'accertamento delle condizioni di cui all'art. 63, co. 2, lett. b) del d.lgs. 50/2016 (per il caso di esclusive dichiarate o di infungibilità tecnica); la scelta degli operatori economici da invitare nelle procedure negoziate sotto soglia (indagini di mercato o elenco fornitori).
- Nella fase di istituzione delle commissioni di gara, le stazioni appaltanti pubblicano le seguenti informazioni:
 - tempestiva pubblicazione dei nominativi e dei curricula dei commissari selezionati, in conformità a quanto previsto all'art. 29 del d.lgs. 50/2016;
 - la modalità di scelta dei commissari, in caso di nomina da parte della stazione appaltante di componenti interni alla stessa;
 - modalità con cui procedere al sorteggio in caso di nomina di componenti esterni ai sensi dell'art. 77 del d.lgs. 50/2016;
 - calendario delle sedute di gara.
- Nella fase di aggiudicazione e stipula del contratto è opportuno che sia effettuato il monitoraggio del tempo intercorrente tra l'aggiudicazione e la data di stipula del contratto.
- Nella fase di esecuzione del contratto le stazioni appaltanti pubblicano le seguenti informazioni:
 - provvedimenti di adozione di varianti, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, con riferimento a quelle per il cui valore vi è altresì obbligo di comunicazione all'ANAC;
 - eventuali variazioni contrattuali rispetto alle indicazioni fornite dalle centrali di committenza con obbligo di segnalazione a queste ultime.

3. Misure di controllo

Appalti di importo inferiore alla soglia di € 40.000

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

Acquisti autonomi e proroghe contrattuali

Si richiama l'esigenza di motivazione espressa della scelta di ricorrere alla proroga contrattuale, con esplicitazione dei vari livelli di responsabilità e relativa asseverazione da parte dei vertici aziendali.

Per i beni e servizi che non rientrano per categoria e per importo nell'ambito di applicazione del d.p.c.m. 24 dicembre 2015 (in attuazione dell'art. 9, co. 3, del d.l. 66/2014), è opportuno prevedere l'inserimento nel provvedimento autorizzativo della espressa indicazione che il bene o servizio acquistato «non rientra tra le categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal d.p.c.m. di cui all'art. 9 co. 3 del d.l. 66/2014 e s.m.i. e relativi indirizzi applicativi».

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

Negli ultimi anni il processo di approvvigionamento, soprattutto in ambito sanitario, ha vissuto una profonda trasformazione. La costituzione di centrali di committenza a livello nazionale e l'avvio dei lavori dei soggetti aggregatori di cui all'art. 9 del d.l. 66/2014, nonché le previsioni di cui all'art. 37 del d.lgs. 50/2016 in ordine alle varie forme di aggregazione e centralizzazione delle committenze, (di seguito, indicati tutti come "centrali di committenza"), stanno sempre più plasmando la geografia e la struttura della domanda pubblica. Di conseguenza il ruolo delle singole stazioni appaltanti muta, poiché il venir meno delle fasi di progettazione, selezione del contraente e aggiudicazione richiede una maggiore attenzione alla programmazione e alla esecuzione dei contratti. I profili di rischio collegati si arricchiscono di aspetti peculiari e tipici che richiedono l'adozione di misure specifiche da aggiungere a quelle del processo più generale. L'AGENAS fornirà il necessario supporto per l'analisi e la corretta trattazione dei rischi.

Processi e procedimenti rilevanti

- Nella fase di programmazione possono rilevare le seguenti attività:
 - formulazione ed invio della programmazione e dei relativi aggiornamenti nei tempi previsti dalla centrale di committenza;
 - definizione delle competenze per l'approvazione del fabbisogno e definizione dei livelli organizzativi (referenze qualificate);
 - verifica della pertinenza dei fabbisogni con strumenti già disponibili o programmati; formulazione del fabbisogno secondo codifiche proprie delle centrali di committenza anche mediante l'utilizzo di modelli e vocabolari comuni;
 - pubblicazione della programmazione e monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori della centrale.
- Nella fase di adesione possono rilevare le seguenti attività:

- analisi ed esame del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle centrali (accordi quadro, convenzioni, SDA, ecc.) e compatibilità con i fabbisogni espressi o non programmati;
 - definizione dell'oggetto degli atti di adesione (codifica dei fabbisogni non programmati e comparazione quali-quantitativa con i prodotti/servizi messi a disposizione dalle centrali);
 - formalizzazione delle adesioni (appalto specifico, ordine, contratto, ecc.) secondo le regole degli strumenti posti in essere dalla centrale.
- Nella fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti rilevano gli aspetti legati alla interpretazione delle condizioni contrattuali, alla contrattualizzazione/ordinazione delle prestazioni, alle comunicazioni con la centrale di committenza e alle comunicazioni alla centrale sulle verifiche (di processo, di *outcome*, ecc.) che la stessa pone in essere.

Possibili eventi rischiosi

- Per la fase di formulazione e comunicazione dei fabbisogni possono rilevare il mancato rispetto dei tempi di invio della programmazione e dei relativi aggiornamenti e la mancata o non chiara definizione delle competenze per l'approvazione del fabbisogno e la definizione dei livelli organizzativi (referenze qualificate). Ciò può comportare la parziale comunicazione con la centrale, generando una progettazione e un'aggiudicazione non allineata con i reali fabbisogni oppure l'aggiudicazione di prodotti che non corrispondono alle esigenze e che non verranno poi acquisiti; l'elusione degli obblighi di adesione causata dall'assenza di strumenti e procedure di verifica della pertinenza dei fabbisogni con strumenti già disponibili o programmati; il mancato rispetto o utilizzo dei vocabolari o delle codifiche previste dalla centrale porta alla formulazione di un fabbisogno non chiaro che può inficiare la corretta progettazione della gara da parte delle centrali; l'effettuazione di acquisizioni autonome in presenza di strumenti messi a disposizione dalla centrale, causato dal mancato monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori della centrale stessa.
- Per la fase di adesione possono rilevare rischi legati ad una non corretta analisi del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle centrali, al fine di dichiararne la non compatibilità con i fabbisogni espressi o non programmati o con le esigenze di appropriatezza dell'utilizzo dei prodotti; la definizione dell'oggetto degli atti di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni complementari; il mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificialmente il bisogno.
- Per la fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti possono emergere rischi legati alla non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze di approvvigionamento; al mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione; la mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità e delle risoluzioni alla centrale di committenza che inficiano, da un lato, la corretta gestione degli accordi e delle convenzioni da parte della centrale e, dall'altra, possono essere utilizzati al solo scopo di giustificare acquisizioni autonome sovrapponibili; l'effettuazione di acquisizioni di prestazioni complementari che modifichino sostanzialmente il profilo qualitativo dei prodotti/servizi aggiudicati dalle centrali.

Anomalie significative

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

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

Indicatori

- Per la fase di formulazione e comunicazione dei fabbisogni e di adesione possono considerarsi indicatori significativi il rapporto tra il numero degli affidamenti in adesione ed il numero totale dei contratti; gli importi affidati in adesione sul totale degli affidamenti; il numero di affidamenti in autonomia nelle categorie merceologiche riservate ai soggetti aggregatori in rapporto al totale degli affidamenti della singola stazione; gli importi di acquisizione comunicati alla centrale di committenza e gli importi delle adesioni effettuate in un determinato arco temporale e lo scostamento (in difetto o eccesso) rispetto al 100%; lo scostamento dai livelli medi di adesioni ai contratti delle centrali di committenza registrati da amministrazioni comparabili.
- Per la fase di esecuzione e rendicontazione indicatori utili possono essere costituiti da: rapporto tra il numero delle varianti/servizi e forniture complementari e quello delle adesioni; rapporto tra gli importi delle variazioni/servizi e forniture complementari e quello delle adesioni; confronto (anche in termini di rapporto semplice o di incidenza) tra il numero (anche come media) delle variazioni/servizi e forniture complementari effettuate sui contratti stipulati in autonomia e quelle poste in essere sui contratti in adesione.

Possibili misure

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

- adozione di modelli di contratto di adesione ad accordi quadro, convenzioni che standardizzino i processi di adesione anche mediante l'utilizzo di *check list* dei contenuti e dei passaggi obbligatori;
 - previsione generalizzata di documentare l'esame degli strumenti delle centrali;
 - comunicazioni alle centrali di acquisto delle adesioni parziali o in quantità diverse da quelle programmate, accompagnate da eventuali relazioni circa la non compatibilità/sovrapposibilità con i fabbisogni espressi o emersi in seguito alla relativa comunicazione, nonché con le esigenze di appropriatezza d'uso sopravvenute;
 - attivazione di audit interni in caso di segnalazioni, osservazioni o richiami da parte delle centrali di committenza a causa di mancate o parziali adesioni che richiedano necessarie acquisizioni complementari, nonché in caso di mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione o di attivazione degli strumenti (mancato rispetto dei limiti minimi di ordinazione; dichiarazione di inadeguatezza dei tempi di consegna o realizzazione della prestazione, ecc.).
- In fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti:
- pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia, a prescindere dagli importi;
 - necessità di motivazione in ordine alle esigenze sia tecniche che cliniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità;
 - pubblicazione delle acquisizioni in adesione che contengano delle variazioni rispetto ai profili qualitativi e quantitativi di beni e servizi oggetto delle convenzioni (oltre i limiti opzionali già previsti nei medesimi strumenti);
 - previsione di una valutazione di *outcome* (oltre che di conformità, sui maggiori vantaggi ottenuti) in caso di acquisizioni autonome o in variazione rispetto agli standard previsti negli strumenti delle centrali;
 - pubblicazione dei certificati di conformità/parziale, conformità/mancata, conformità che tengano conto anche delle penali, delle sospensioni, delle verifiche e delle risoluzioni parziali, ecc.;
 - trasmissione di report periodici alle centrali contenente le citate informazioni.

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

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

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

Nomine

Premessa

L'ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generali" di cui alla determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n. 12.

Nel settore sanitario il "rischio" connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all'uso distorto della discrezionalità, assume ulteriore rilievo anche per gli aspetti inerenti la qualità delle cure. Una delle principali componenti della qualità, infatti, risiede proprio nella capacità, competenza ed esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia del servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, soprattutto, al livello di responsabilità che l'incarico comporta.

Il conferimento degli incarichi è una delle dirette prerogative del Direttore generale delle aziende sanitarie in cui si misura in maniera più evidente la capacità e l'integrità manageriale e l'adeguatezza degli strumenti dallo stesso utilizzati al fine di assicurare la corretta programmazione, pianificazione e valutazione del valore delle risorse umane e professionali e, conseguentemente, dell'organizzazione dei servizi.

Per tale ragione prioritaria, il presente approfondimento si occupa, estendendo le previsioni già contenute nella citata determinazione dell'Autorità²⁷, degli incarichi relativi alla dirigenza medica e sanitaria²⁸. Ciò allo scopo di fornire alle aziende sanitarie indicazioni e suggerimenti su possibili misure di prevenzione del rischio - nell'accezione sopra richiamata -, da porre in essere tuttavia anche per i procedimenti di attribuzione di incarichi riferiti alla dirigenza non sanitaria²⁹, per quanto applicabili ai sensi delle disposizioni normative e regolamentari e delle specifiche discipline contrattuali vigenti.

Vale, infatti, a prescindere dal ruolo, dalla qualifica e dal settore di riferimento, il principio per il quale ogni azienda deve dare evidenza dei processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico, al fine di garantire la tutela ed il perseguimento del pubblico interesse.

1. Dirigenza medica e sanitaria

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

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

²⁷ L'Aggiornamento 2015 al PNA (p. 44) «Incarichi e nomine» ha approfondito con particolare riguardo il conferimento di incarichi dirigenziali di livello intermedio e, segnatamente, quelli di struttura complessa e gli incarichi ai professionisti esterni, esemplificandone rischi e relative misure.

²⁸ D.lgs. 502/1992, come modificato dal d.l. 158/2012 convertito con modificazioni con l. 189/2012 e art. 27 del CCNL 08.06.2000 I biennio economico, come modificato dall'art. 4 CCNL 06.05.2010, Dirigenza medica e veterinaria (Area IV - medici, veterinari e odontoiatri) e sanitaria (Area III - chimici, fisici, biologi, farmacisti e psicologi).

²⁹ Art. 28, co. 5, CCNL 08.06.2000 - parte normativa quadriennio 1998-2001 e parte economica biennio 1998-1999 - Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa (Area III - avvocati, ingegneri, architetti, geologi), tecnica (analisti, statistici, sociologi) e amministrativa (dirigente amministrativo).

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

L'approfondimento svolto è rivolto, nello specifico, alle tipologie di incarichi di cui ai punti a), b) e c) della elencazione, essendo interessate da un maggior grado di competitività e, per tale ragione, è necessario che venga data piena evidenza delle relative procedure di conferimento, al fine di garantirne la trasparenza, la correttezza e le motivazioni ad esse sottese.

In via generale, si fa presente che gli obblighi di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria dall'art. 41, co 2 e 3, d.lgs. 33/2013 - ovvero direttori generali, direttori sanitari, direttori amministrativi, responsabili di dipartimento e di strutture complesse - sono estesi anche ai responsabili di struttura semplice, per effetto della modifica apportata dal d.lgs. 97/2016. Al fine di rendere coerente l'applicazione della norma di cui all'art. 41, co 3, cit., il riferimento all'art. 15 del d.lgs. 33/2013 ivi contenuto, e presumibilmente rimasto immutato per un difetto di coordinamento normativo, deve intendersi all'art. 14 del medesimo decreto; diversamente si avrebbe una ingiustificata disparità di trattamento tra i dirigenti medici e gli altri dirigenti.

1.1 Incarichi di direzione di struttura complessa

Degli incarichi di direzione di struttura complessa si è già trattato in via generale nella determinazione ANAC n. 12/2015, sezione II Sanità, § 2.1.2 «*Incarichi e nomine*». In questa sede si affrontano in dettaglio le singole tipologie di incarichi afferenti alle varie fattispecie di struttura complessa e alle relative procedure di conferimento³⁰.

1.1.1 Direttore di dipartimento

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

- a) esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- b) predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, co. 3, del d.lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di dipartimento alla individuazione dei direttori di dipartimento;
- c) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della

³⁰ Art. 15, co. 7 bis del d.lgs. 502/1992 (come modificato dal d.l. 158/2012 convertito con modificazioni con l. 189/2012; art. 29 del CCNL 8 giugno 2000): «1. Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti con le procedure previste dal DPR 484/1997, nel limite del numero stabilito dall'atto aziendale [...]»; art. 5 del d.p.r. 484/1997; Documento di Linee Guida recante «Criteri generali per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medica e sanitaria nelle aziende del servizio sanitario nazionale - Linee di indirizzo in applicazione dell'art. 4 del d.l. n. 158 del 2012 convertito nella L. 189/2012» approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome il 13 marzo 2013.

- struttura dipartimentale, al fine di delineare il perimetro di valutazione rispetto anche al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento che la struttura si pone;
- d) pubblicazione degli atti del procedimento con evidenziazione di quanto previsto ai punti a) e b).

1.1.2 *Direttore di distretto sanitario o di presidio ospedaliero*

La procedura di conferimento di tale incarico³¹, ai sensi dell'art. 3 *sexies* del d.lgs. 502/1992, presenta un maggior livello di competitività, essendo più ampia la platea dei potenziali aspiranti in ragione dell'esperienza maturata nei servizi territoriali e dell'adeguata formazione nella loro organizzazione. In questo ambito, fatte salve le eventuali specifiche discipline regionali, è opportuno, per le medesime ragioni enucleate con riferimento agli incarichi di cui al paragrafo precedente, che le aziende – ove la regione non regoli la materia – adottino tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a garantire i principi di imparzialità e parità di trattamento, attraverso apposite procedure selettive improntate a tali principi e, più in generale, al principio di buona amministrazione. Sarebbe auspicabile al riguardo, mutuare buone prassi già adottate da altre regioni/aziende sanitarie³² confluite, in parte, nelle indicazioni che seguono e che per tale ambito si richiamano, quali misure di prevenzione, ove non previste come obblighi da eventuali norme/discipline regionali:

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

1.2 **Incarichi di direzione di struttura semplice**

Le strutture semplici rappresentano, nell'assetto dell'azienda sanitaria, l'articolazione organizzativa di base di cui si compone la struttura complessa. Gli indirizzi di programmazione e gli standard di riferimento recati dalla normativa nazionale e dai relativi regolamenti attuativi, pongono chiari limiti all'istituzione e/o mantenimento di unità operative complesse e, conseguentemente, anche le unità operative semplici devono riparametrarsi in relazione alle prime sulla base di un rapporto predeterminato. Ne deriva, quindi, un presupposto vincolo di programmazione riferito alla circostanza che dette strutture devono essere predeterminate negli strumenti di programmazione regionale e aziendali, in numero (nel rispetto del rapporto posto come riferimento)³³ e tipologia (nel rispetto degli standard per l'assistenza ospedaliera e territoriale)³⁴.

Pertanto, sebbene la preposizione a tali strutture rientri tra gli incarichi da conferirsi, ai sensi dell'art. 15, co. 7-*quater*, d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ai dirigenti che abbiano maturato un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico, la competitività è relativa – in questo ambito –

³¹ Art. 3 *sexies* del d.lgs. 502/1992. «3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria. 4. La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3-*quater*, comma 3, e 3-*quinqies*, comma 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni».

³² Le prassi delle seguenti aziende sanitarie sono confluite nelle indicazioni contenute nell'elencazione del § 1.1.2: Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2; Azienda USL Roma H; Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 SUD; Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo; Azienda ospedaliero Universitaria Cagliari.

³³ Documento del Comitato I.E.A. del marzo 2015

³⁴ D.M. Salute 2 aprile 2015, n. 70 «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» (GU n.127 del 4-6-2015).

sia al numero definito delle posizioni oggetto di conferimento dell'incarico, sia al potenziale numero di aspiranti che possiedono i previsti requisiti soggettivi.

Questa tipologia di incarico³⁵ presenta procedure di conferimento che, rispetto ai casi già trattati nei precedenti paragrafi, risultano meno disciplinate da criteri generali e da atti di indirizzo nazionale, se non quelli derivanti dalla disciplina del Contratto collettivo nazionale (CCNL), sicché è più frequente riscontrare in questo ambito una certa variabilità di prassi regionali e/o aziendali sia nelle procedure di conferimento che nella durata degli incarichi (nei limiti del *range* stabilito da tre a cinque anni).

Come indicato per gli incarichi di cui al § 1.1.2, anche per questa fattispecie - ove la regione non regoli la materia - è opportuno che le aziende sanitarie adottino tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a rafforzare la trasparenza delle relative procedure di conferimento, avuto riguardo delle buone prassi già adottate da alcune aziende e delle seguenti indicazioni che, in parte, le ripropongono:

- a) verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- b) pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico (è auspicabile che le funzioni delle UOS vengano qualificate nell'ambito di atti di organizzazione in modo tale che i requisiti degli aspiranti di cui al punto successivo trovino nei citati atti la loro motivazione);
- c) avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- d) costituzione della commissione selezionatrice;
- e) predeterminazione dei criteri di selezione;
- f) misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;
- g) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai rispettivi punti a) e c);
- h) esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo/massimo previsto (la durata degli incarichi dovrebbe essere definita non volta per volta ma in modo "standard", oppure la stessa dovrebbe essere esplicitamente collegata a provvedimenti di programmazione);
- i) pubblicazione degli atti del procedimento.

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

Laddove invece non si preveda l'apertura di procedure competitive, è necessario - quale misura di prevenzione - richiedere un atto di responsabilità dell'organo nominante sul rafforzamento delle motivazioni della scelta e di pubblicazione di quest'ultima.

³⁵ Art. 15, co.7 *quater*, d.lgs. 502/1992 s.m.i. (modificato dal d.l. 158/2012 convertito con modificazioni con l. 189/2012; art. 28 del CCNL 08.06.2000 parte normativa quadriennio 1998-2001 e parte economica biennio 1998-1999: «Gli incarichi di cui trattasi, sono conferiti, nei limiti del numero stabilito nell'atto aziendale, in presenza delle seguenti condizioni: a) aver maturato cinque anni di attività; b) aver conseguito la valutazione positiva del collegio tecnico; c) su proposta del responsabile della struttura di afferenza con atto scritto e motivato». In particolare, il conferimento di tali incarichi è rimandato alla predeterminazione di criteri generali da parte delle aziende che, nel rispetto dei principi stabiliti dal co. 6 della riferita disposizione, sono oggetto di concertazione sindacale (co. 8).

Come precisato al § 1, si evidenzia che il d.lgs. 97/2016 ha introdotto l'obbligo di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria, anche per i responsabili di struttura semplice.

1.3 Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo

Le procedure di conferimento di tali incarichi³⁶ sono particolarmente dettagliate nella disciplina contrattuale di cui al CCNL 8.6.2000 (art. 28) I biennio economico e, per quanto concerne in particolare gli effetti della valutazione per la conferma o il conferimento di nuovi incarichi di maggior rilievo professionali o gestionali, nella disciplina di cui all'art. 33 del CCNL 8.6.2000, come sostituito dall'art. 28 del CCNL 3.11.2005.

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

2. Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria

L'istituto delle sostituzioni³⁷ rappresenta un ambito particolarmente vulnerabile al rischio di eventi corruttivi legati alla possibile messa in atto di condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione. Possibili rischi sono, ad esempio, ritardo o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione oppure, a sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi (vantaggio, in quest'ultimo caso, del sostituto la cui retribuzione viene integrata ai sensi di quanto previsto dal CCNL). Per quanto i casi in cui fare ricorso alle sostituzioni siano puntualmente disciplinati dal CCNL, per contrastare i connessi rischi, la misura di prevenzione prioritaria in questo ambito è quella di rendere quanto più possibile trasparenti le relative procedure avuto riguardo delle seguenti indicazioni:

- a) pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno;
- b) esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla sostituzione.

3. Altre tipologie di incarichi

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

La tipologia di incarichi³⁸ di cui al presente paragrafo rappresenta, tra le fattispecie descritte, quella che verosimilmente più si caratterizza per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico. A ciò si aggiunga che si tratta di incarico a tempo determinato attribuito al di fuori delle procedure ordinarie di reclutamento del personale, seppure nei limiti previsti dalla normativa vigente e nel rispetto dei vincoli dei tetti di spesa. A tale fattispecie si è fatto un progressivo diffuso ricorso negli ultimi anni da parte delle aziende sanitarie, con particolare riferimento a quelle afferenti alle regioni sottoposte ai c.d. piani di rientro. In tali regioni, infatti, la perdurante applicazione della manovra del blocco totale o parziale del *turn over* ha determinato, invero, un incremento del ricorso a

³⁶ Art. 15, co. 4, II periodo, d.lgs. 502/1992 s.m.i.; art. 28 C.C.N.L. - 8 giugno 2000 «Dirigenza medica e veterinaria - parte normativa quadriennio 1998 - 2001 e parte economica biennio 1998 - 1999».

³⁷ Art. 18 CCNL 08.06.2000; art. 38, co. 4, CCNL 10.2.2004.

³⁸ Art. 15 *septies* del d.lgs. 502/1992. Ai sensi dell'art. 15 *septies*, co. 1 e 2, del d.lgs. 502/1992 e s.m.i, possono essere conferiti contratti a tempo determinato a professionalità particolarmente qualificate, che non godano del trattamento di quiescenza, entro limiti percentuali prestabiliti, per il conferimento di incarichi dirigenziali di direzione o di alta professionalità.

tali procedure di reclutamento delle professionalità necessarie/carenti, con l'effetto paradossale di eludere la manovra del blocco delle assunzioni e di conferire carattere di instabilità all'organizzazione specie per taluni ruoli apicali oggetto di conferimento ai sensi dell'art. 15 *septies* del d.lgs. 502/1992.

Tuttavia, a fronte del prevalente interesse pubblico del pieno assolvimento dei livelli essenziali di assistenza, sotteso al ricorso a incarichi afferenti a tale tipologia, riconosciuto anche dalla magistratura contabile in sede di controllo³⁹, non è da escludersi la possibilità di un uso opportunistico e distorto di tale previsione normativa, anche in considerazione del prevalere della natura fiduciaria dell'incarico.

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

Nello specifico, tenuto conto della connotazione di eccezionalità che contraddistingue il ricorso a tale modalità di conferimento di incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico - in quanto ipotesi derogatoria rispetto alle regole generali per le assunzioni - , valgono anche per questa tipologia di incarichi le misure previste sia per gli altri incarichi dirigenziali che per le sostituzioni, ovvero:

a) pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodici delle posizioni/funzioni non ricoperte;

b) esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria, compresa la motivazione del mancato espletamento dei concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base della durata dell'incarico;

c) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione. Inoltre, per le medesime ragioni connesse all'eccezionalità del ricorso a tale tipologia di incarico, le amministrazioni sanitarie destinatarie del presente Piano, dovranno attribuire al soggetto esclusivamente l'unica funzione per la quale è stata attivata la specifica procedura in relazione ai requisiti ed alle caratteristiche per i quali la professionalità è stata scelta. La durata dell'incarico di cui alla lettera b) deve cessare in ogni caso al completamento delle procedure concorsuali per la copertura in via ordinaria della posizione dirigenziale di cui trattasi.

In ogni caso, al fine di perseguire i massimi livelli di trasparenza e di imparzialità nell'attribuzione degli incarichi, gli enti del SSN che abbiano funzioni prive di figure dirigenziali, ove si trovino nell'impossibilità documentata di espletare procedure concorsuali per assunzioni a tempo indeterminato, è opportuno che ricorrano a procedure concorsuali per il reclutamento delle relative figure dirigenziali ancorché a tempo determinato così da assicurare procedure ad evidenza pubblica, e non alla fattispecie di cui all'art. 15-*septies* del d.lgs. 502/1992, in considerazione della tipicità e della straordinarietà di questo istituto.

3.2 Personale proveniente dagli ospedali classificati

Il personale dirigente proveniente dagli ospedali classificati⁴⁰ rientra nei casi disciplinati dall'art. 15 *undecies* del d.lgs. 502/1992; quest'ultimo costituisce un ambito limitato con accesso diversificato per i

³⁹ Vedi Relazione sul Rendiconto della Regione siciliana esercizio finanziario 2012 ove, a proposito del ricorso a forme di reclutamento del personale a tempo determinato, si legge «Nelle specifiche pronunce emanate, la Corte ha tuttavia chiarito come tale obbligo di riduzione (dei contratti a tempo determinato) non possa compromettere l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ai cittadini, per cui, nel declinare l'applicazione di tale norma alla specifica realtà degli enti del servizio sanitario regionale, l'Amministrazione dovrà necessariamente preservare, nell'ambito di una necessaria concertazione con le aziende interessate, quelle forme contrattuali atipiche che, in ragione dell'elevato livello di specializzazione e/o dell'infungibilità della prestazione resa, risultano essenziali e funzionali all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)».

⁴⁰ Aggiornamento 2015 al PNA (p. 40) «Soggetti destinatari dell'approfondimento» e approfondimento «Ruolo del RPC» del presente PNA.

dipendenti di strutture private classificate o ospedali classificati che abbiano, a loro volta, acceduto alla struttura classificata o equiparata o con percorso di natura concorsuale oppure con chiamata diretta e che siano successivamente transitati alla struttura pubblica. La normativa vigente e gli orientamenti del Ministero della salute consolidatisi al riguardo, prevedono, con riferimento ai casi disciplinati dall'art. 15 *undecies* del d.lgs. 502/1992, relativi al personale proveniente dagli ospedali classificati, la possibilità per lo stesso di vedere riconosciute le medesime prerogative dei medici delle strutture pubbliche, quali l'anzianità di servizio o il riconoscimento dei titoli. Ne deriva quindi l'esigenza, dettata da ragioni di coerenza, rispetto agli accennati orientamenti, dell'estensione delle misure indicate nel presente approfondimento con riferimento al personale delle aziende sanitarie pubbliche, anche alle procedure di reclutamento del personale all'interno di questi enti.

Rotazione del personale

Premessa

Nel presente approfondimento si intendono fornire, alle aziende sanitarie e agli altri enti assimilati del SSN, indicazioni generali di tipo organizzativo e di pianificazione strategica, che inducano un percorso virtuoso finalizzato a rendere praticabile la rotazione degli incarichi nell'organizzazione sanitaria attraverso un'adeguata programmazione nei tempi e nelle modalità, secondo criteri che non vadano a detrimento del principio di continuità dell'azione amministrativa.

Il ricorso alla rotazione può concorrere, come anche indicato nella parte generale del PNA, insieme alle altre misure di prevenzione, a prevenire e ridurre, evitando il determinarsi di possibili fattori di condizionamento, eventuali eventi corruttivi con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio. Per le considerazioni di cui sopra, la rotazione va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

1. Criticità ed elementi di valutazione

In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

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

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

Le aziende sanitarie dovranno porre in essere le condizioni per reperire più professionalità in grado, di volta in volta, di sostituire quelle in atto incaricate, mediante un processo di pianificazione della rotazione e di una sua graduazione in funzione dei diversi gradi di responsabilità e di accompagnamento attraverso la costruzione di competenze. Presupposto necessario per affrontare questo processo è la ricognizione della geografia organizzativa delle aziende sanitarie, anche con specifico riferimento ai funzionigrammi relativi alle aree da sottoporre a rotazione, in modo da contemperare la concreta

efficacia della misura di prevenzione con le esigenze funzionali e organizzative dell'azienda sanitaria, anche in relazione alla necessità di avvalersi, per taluni settori, di professionalità specialistiche.

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

1.1 Area clinica

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

Le posizioni di Capo dipartimento (funzioni prevalentemente gestionali) sono anch'esse assegnate per concorso, seppure la scelta avvenga all'interno di una rosa di idonei: poiché sotto il profilo del requisito soggettivo l'incarico di Capo dipartimento deve essere conferito ad un Dirigente di UOC tra quelli afferenti al dipartimento, è possibile ritenere che tutti i dirigenti di quel dipartimento siano potenzialmente suscettibili di ricoprire a rotazione l'incarico. Altra ipotesi potrebbe essere quella di una rotazione a livello dei dipartimenti di uno stesso territorio, ad esempio provinciale.

Nell'ambito delle ASL, i Direttori di distretto e i Direttori medici di presidio, nel caso ci siano più presidi, svolgendo funzioni prevalentemente gestionali e meno clinico-assistenziali, potrebbero essere potenzialmente assoggettabili al processo di rotazione. Altresì, potrebbe avvenire per i primari di UOC con funzioni analoghe collocate nella rete di presidi ospedalieri della ASL (i problemi in questo caso sono legati alla definizione dei bandi di concorso e alla eventuale contestualità di decadenza dei diversi professionisti).

Per le altre figure rimane valido quanto detto in premessa ovvero la necessità di creare le condizioni di *expertise* per la fungibilità o, in caso contrario, supportare la difficoltà a operare la rotazione con adeguate motivazioni.

1.2 Area tecnica e amministrativa

Per il personale di area tecnica e di area amministrativa non esiste una specificità di profilo per ricoprire un incarico apicale, come nel caso dei clinici; tuttavia è fondamentale non perdere una specificità di competenza che deriva dalla formazione e dall'esperienza. La necessità che le aziende sanitarie realizzino in questo ambito le condizioni per la fungibilità attraverso gli accennati processi di pianificazione e di qualificazione professionale per figure, ad esempio, come il capo del personale, il provveditore, il capo dell'ufficio legale comunque denominato⁴¹ muove anche dalla considerazione che, in caso contrario, ovvero una rotazione effettuata in assenza dei presupposti pianificatori ed organizzativi, potrebbe determinare che i dirigenti che non hanno ancora maturato le competenze e l'esperienza diventino eccessivamente dipendenti dall'esperienza consolidata in capo a funzionari esperti. In questi casi, sarebbe opportuno pensare a una rotazione su base territoriale, tra funzioni analoghe, e non solo aziendale.

⁴¹ La posizione del dirigente preposto all'ufficio legale/affari legali, comunque denominato, è disciplinata dall'art. 23 della legge 31 dicembre 2012 n. 247, «Nuova disciplina dell'ordinamento della professione forense» di cui tener conto nell'applicazione del principio di rotazione.

Un'ipotesi alternativa alla rotazione nei casi di competenze infungibili, potrebbe consistere nella c.d. "segregazione di funzioni". Tale misura, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli (ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti), l'applicazione di questo principio risulterebbe efficace per incoraggiare il controllo reciproco.

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

1.3 Altre professioni sanitarie

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

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

2. Indicazioni generali e ulteriori

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

- valutazione delle performance;
- analisi dei potenziali delle risorse umane ovvero del "capitale professionale effettivo" e non quello legato alla rigida attribuzione delle funzioni.

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

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

È necessario, in ogni caso, definire sistemi di monitoraggio strutturati ed espliciti per evitare il verificarsi del rischio di condizionamenti e/o comportamenti corruttivi, avendo cura di prevedere il

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

Rapporti con i soggetti erogatori

Premessa

L'ambito dei rapporti tra le regioni/aziende sanitarie con gli erogatori privati di attività sanitarie si configura, nel servizio sanitario, tra le aree di "rischio specifiche" di cui alla determinazione ANAC n. 12/2015⁴².

Nella citata determinazione la "specificità" del rischio in questo settore veniva strettamente connessa alla fase contrattuale con i privati accreditati che erogano prestazioni per conto del SSN.

Nel presente approfondimento, il PNA intende richiamare l'attenzione delle regioni e delle aziende sanitarie su tutte le singole fasi del processo che conduce dall'autorizzazione all'accreditamento istituzionale, a partire dall'autorizzazione all'esercizio⁴³ fino alla stipula dei contratti. Si forniscono al riguardo possibili ulteriori misure organizzative da introdurre per prevenire fattori distorsivi e/o condotte devianti rispetto al perseguimento dell'interesse pubblico generale, favorite anche dalla carenza o assente trasparenza delle procedure autorizzative e/o dalla mancata standardizzazione degli strumenti e dei metodi nella conduzione, ad esempio, delle attività negoziali e/o nell'esecuzione delle attività ispettive.

A tal fine, per ciascuna fase del procedimento, disciplinato rispettivamente dagli artt. 8-*bis*, 8-*ter*, 8-*quater* e 8-*quinquies* del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. vengono indicate, in relazione ad eventuali eventi rischiosi, specifiche misure ulteriori che, fatte salve le singole discipline regionali, ove esistenti, sono orientate a privilegiare il massimo livello di trasparenza dei processi e delle procedure sia nella fase di redazione degli atti che in quella della pubblicazione degli stessi.

Attesa la particolare differenziazione delle discipline e delle prassi regionali/aziendali per le fasi di rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e di accreditamento istituzionale, indicazioni più specifiche vengono proposte con particolare riguardo al tema delle verifiche e dei controlli sui requisiti di autorizzazione e di accreditamento, nonché alla fase di stipula e di esecuzione dei contratti.

L'esigenza di conferire maggiore omogeneità a questo settore sembra porsi, infatti, con più evidenza proprio nelle attività di contrattazione con gli erogatori privati accreditati; in questo ambito è possibile, sulla base anche delle buone prassi già consolidate e delle risultanze di una rilevazione ad hoc operata dal Ministero della salute, fornire già in questa sede delle prime indicazioni generali e comuni.

Il presente approfondimento contiene pertanto alcune prime indicazioni su misure operative comuni a regioni ed aziende per ciascuna fase del procedimento di cui ai punti successivi, ivi compresa la fase contrattuale.

1. Autorizzazione all'esercizio

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

⁴² Aggiornamento 2015 al PNA (p. 47) «Rapporti contrattuali con i privati accreditati».

⁴³ *Ibidem*.

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

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

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

1.1 Rafforzamento della trasparenza

Oltre a quanto previsto dalle disposizioni normative, in particolare, dall'art. 41 del d.lgs. 33/2013 nonché dalla l. 190/2012, art. 1, co. 15 e 16, lett. a), si considerino anche la pubblicazione, o comunque l'attivazione di misure di trasparenza nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, relativamente a:

- la struttura del mercato, ovvero dell'atto di determinazione del fabbisogno, con l'evidenza dei territori saturi e di quelli in cui l'offerta risulti carente;
- l'elenco dei soggetti autorizzati (da verificare con rispetto normativa tutela della riservatezza);
- gli esiti delle attività ispettive di cui al successivo paragrafo.

1.2 Rafforzamento dei controlli

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

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

2. Accreditoamento istituzionale

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

In questa fase, infatti, ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, si aggiungono requisiti di qualità e di organizzazione propri di un livello di qualità adeguato a rendere potenzialmente prestazioni anche per conto del SSN, nella cornice definita dal sistema dei livelli essenziali di assistenza, dai relativi parametri e dagli standard di riferimento stabiliti dalla normativa di settore e dai relativi regolamenti attuativi⁴⁴.

⁴⁴ Si veda la Griglia Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA), D.M. Salute 2 aprile 2015, n. 70 e le discipline di settore specifiche.

Una indicazione preliminare va rivolta in questo approfondimento alle regioni affinché si determinino, in via definitiva, su eventuali situazioni residuali – ove esistenti – di soggetti destinatari di provvedimenti di riconoscimento di accreditamento c.d. “provvisorio”, causando, tali situazioni, un *vulnus* nella programmazione, a regime, della rete di offerta pubblica e privata in coerenza con il fabbisogno.

In questa fase, in analogia alle misure di cui ai § 1.1 e 1.2, è opportuno che le regioni/aziende sanitarie pongano in essere le azioni di seguito indicate.

2.1 Rafforzamento della trasparenza

Oltre a quanto previsto dalle disposizioni normative, in particolare, dall’art. 41 del d.lgs. 33/2013 nonché dalla l. 190/2012, art. 1, co. 15 e 16, lett. a), si considerino anche la pubblicazione, o comunque l’attivazione di misure di trasparenza nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, relativamente a:

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

2.2 Rafforzamento dei controlli

Oltre ai controlli ordinari sui requisiti, si suggerisce la definizione di un piano di controlli concomitanti da rendere oggetto di misura di prevenzione ulteriore all’interno dei PTCP, ove siano indicati:

- il numero minimo dei controlli che, a campione e senza preavviso, si intendono effettuare;
- i criteri di scelta delle strutture da sottoporre a controllo;
- le modalità di conduzione dei controlli, ad esempio con riferimento alla periodicità (almeno annuale), alla composizione dei team ispettivi etc., avuto riguardo, in quest’ultimo caso, a prevedere team a composizione mista con personale proveniente da aziende diverse da quelle di competenza territoriale cui afferisce il soggetto sottoposto a controllo, anche nella forma di accordi tra aziende sanitarie confinanti. Per la composizione di team ispettivi si richiamano altresì le indicazioni già fornite dall’Autorità in relazione al rispetto dei principi di rotazione e di insussistenza di conflitto di interessi. Inoltre, per consentire alle aziende sanitarie di poter disporre di personale sufficiente per l’effettuazione di controlli si suggerisce la sottoscrizione di intese con la Guardia di Finanza o con altre istituzioni, oltre alle collaborazioni tra aziende sanitarie.

2.3 Altre indicazioni

- Previsione all’interno dei provvedimenti di accreditamento, allo scopo di non ingenerare aspettative ed evitare l’insorgere di contenzioso, di una clausola che specifichi che tale provvedimento non determina automaticamente il diritto del privato ad accedere alla fase contrattuale⁴⁵ e che lo stesso provvedimento possa essere soggetto a revisione in relazione al

⁴⁵ Tale misura va intesa come intervento di rafforzamento del concetto di trasparenza degli atti amministrativi, ancorché la normativa di settore distingua chiaramente le due fasi del procedimento di accreditamento e di contrattualizzazione. Si richiama al riguardo una pronuncia del Consiglio di Stato (*Cons. St. sez. III, 16 settembre 2013, n. 4574*) che ravvisa uno stretto legame tra accreditamento e contratto, ritenendo illegittimo precludere a tempo indeterminato l’ingresso nel mercato delle strutture private in possesso dei requisiti per l’accreditamento. La sentenza in questione sembra configurare un sistema

mutarsi delle condizioni che ne hanno originato l'adozione, fatti salvi i casi previsti dalla normativa vigente che integrano le ipotesi di sospensione e/o revoca.

3. Accordi/contratti di attività

La fase di negoziazione, stipula ed esecuzione dei contratti, costituisce l'ambito nel quale si regolano i rapporti con il privato accreditato chiamato ad erogare prestazioni per conto e a carico del SSN.

Si osserva come i contratti in questione differiscano dalla generalità dei contratti pubblici, presentando tuttavia diversi elementi in comune. È opportuno preliminarmente prevedere che la contrattazione sia strutturata in modo trasparente da parte di tutti i soggetti coinvolti, costituendo, tale attività, la fase determinante del rapporto con i soggetti accreditati.

In questa fase, infatti, è importante operare i dovuti interventi volti a garantire i livelli di qualità delle prestazioni da rendersi per conto del SSN, anche per evitare i rischi di concorrenza sleale legati, ad esempio, ai casi di offerta di prestazioni "private" allo stesso prezzo del ticket, nonché, più in generale, all'erogazione di prestazioni che, a parità di costi, rivelino differenti livelli di qualità.

Per prevenire tali rischi si richiama la necessità che le aziende sanitarie attuino le misure richiamate ai punti precedenti (come ad esempio, controlli a campione e senza preavviso), anche nella fase di esecuzione dei contratti. Anche sotto questo profilo, laddove, in esito ai controlli, dovessero emergere gravi irregolarità, le aziende dovrebbero promuovere procedimenti di sospensione o revoca del contratto⁴⁶ e dell'accreditamento - così come previsto dalla gran parte della legislazione regionale vigente - anche al fine di consentire un eventuale subentro di altri soggetti aventi i requisiti di legge.

3.1 Misure specifiche per la fase contrattuale

- Prevedere meccanismi non automatici di rinnovo del contratto ma legati alle verifiche delle performance, anche in termini di risultati e di qualità del servizio offerto, prevedendo anche, in sede di stipula del contratto, che il soggetto si impegni a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto.
- Individuare, in tutte le fasi della contrattazione, il livello su cui insiste la discrezionalità della pubblica amministrazione, al fine di porre le misure più adeguate per la corretta esplicazione dell'attività negoziale. Le misure di prevenzione della corruzione devono invero risultare

in cui, sulla base della definizione del fabbisogno, il budget viene distribuito tra i soggetti privati in possesso dei requisiti per l'accreditamento secondo criteri qualitativi, previsti in un apposito bando. La sentenza riporta altre decisioni della stessa Sezione del Consiglio di Stato, in cui «si è ritenuto legittimo il riferimento non più al solo costo storico ma ad una molteplicità di elementi sia di carattere oggettivo, come la potenzialità dei singoli distretti, determinata dalla popolazione residente e dalle prestazioni richieste, sia di carattere soggettivo, con la ripartizione delle risorse secondo apposite griglie di valutazione che tengono conto di molteplici fattori qualitativi come dotazioni; unità di personale e tipologia del rapporto di lavoro; collegamento al CUP; accessibilità della struttura; correttezza del rapporto con l'utenza; rispetto degli istituti contrattuali; ulteriori standard finalizzati all'accoglienza, quali scale d'attesa, biglietto elimina code, riscaldamento e climatizzazione, apertura al sabato e misura degli spazi».

⁴⁶ Consiglio di Stato Adunanza plenaria 20/06/2014 n. 14 – da cui si trascrive: «1.3.5.3. In questo quadro si coordina e delimita, ad avviso del Collegio, la previsione della revoca di cui al comma 1-bis dell'art. 21-quinquies della legge n. 241 del 1990, poiché dall'ambito di applicazione della norma risulta esclusa la possibilità di revoca incidente sul rapporto negoziale fondato sul contratto di appalto di lavori pubblici, in forza della speciale e assorbente previsione dell'art. 134 del codice (così, come, per la medesima logica, né è esclusa la revoca di cui all'art. 158 del codice), restando per converso e di conseguenza consentita la revoca di atti amministrativi incidenti sui rapporti negoziali originati dagli ulteriori e diversi contratti stipulati dall'amministrazione, di appalto di servizi e forniture, relativi alle concessioni contratto (sia per le convenzioni accessive alle concessioni amministrative che per le concessioni di servizi e di lavori pubblici), nonché in riferimento ai contratti attivi».

proporzionate sia al grado di discrezionalità, sia alla dimensione assunta dal privato accreditato in ciascuna regione. A tal riguardo occorre rendere pubblici i criteri di distribuzione delle risorse, nel caso in cui questi ultimi siano definiti a livello aziendale.

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

In particolare per quanto attiene il personale:

- prevedere, nei modelli contrattuali definiti a livello regionale, una clausola che impegni il privato accreditato a rispettare e mantenere i requisiti organizzativi nel rispetto della dotazione organica quali-quantitativa prevista per la tipologia di attività sanitaria oggetto di accreditamento e di contrattualizzazione.

Per quanto attiene gli acquisti:

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

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

Per uniformare la strutturazione di base dei modelli contrattuali adottati dalle regioni/aziende, si sta valutando l'ipotesi di emanare linee guida recanti gli elementi essenziali da ricomprendere all'interno degli accordi contrattuali, avuto riguardo - a titolo di esempio indicativo ma non esaustivo - dell'ente competente alla stipula e dalla gestione dei contratti, della composizione del budget (tetti di spesa) e dell'eventuale presenza di accordi di confine per la gestione e la programmazione della mobilità attiva per le prestazioni rese nei confronti dei pazienti extraregionali e della mobilità passiva.

4. Valutazione del fabbisogno

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

- rendere evidenti i criteri e i processi adottati in ambito regionale/aziendale per l'analisi dei fabbisogni con particolare riguardo anche ai "riadattamenti" dell'organizzazione della rete di offerta e del relativo sistema di relazioni, nei casi di variazioni degli stessi fabbisogni cui adeguare gli strumenti di programmazione. Si suggerisce a tal riguardo di valutare, in relazione all'entità della variazione determinata da una contrazione o da un aumento del fabbisogno, un confronto comparativo e trasparente con i soggetti accreditati;
- tenere conto, nella definizione dei criteri per la distribuzione delle risorse ai soggetti accreditati e contrattualizzati, anche delle performance clinico-assistenziali, in termini di volumi ed esiti, delle prestazioni rese.

Ulteriori temi di approfondimento

1. Misure per l'alienazione degli immobili

In riferimento alla cessione di immobili a terzi da parte delle aziende sanitarie, anche provenienti da atti di liberalità (donazioni e successioni) o comunque acquisiti dalle aziende, è possibile prefigurare possibili eventi rischiosi riconducibili alla valorizzazione del patrimonio da alienare e alle procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione (o anche dal loro mancato utilizzo o messa a rendita).

Non è da trascurare anche il rischio del progressivo intenzionale deterioramento del bene per ridurne il valore commerciale.

In altri termini, se parte del patrimonio non viene direttamente utilizzato per finalità proprie delle aziende sanitarie (per attività assistenziali o comunque per attività amministrative e gestionali aziendali) o non sono comunque previste modalità di utilizzazione di questi beni all'interno di un piano industriale, è auspicabile prevedere forme di messa a reddito di tale patrimonio (ad es. attraverso la cessione o la locazione) o comunque un utilizzo per finalità proprie dell'azienda anche a livello interaziendale (es. per l'attività libero professionale, uffici amministrativi, ecc.).

In questo contesto, come già evidenziato nell'Aggiornamento 2015 al PNA, oltre agli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 30 del d.lgs. 33/2013, anche come modificato dal d.lgs. 97/2016, ovvero la pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili (ad es. tipo, dimensione, localizzazione, valore) a qualsiasi titolo posseduti o detenuti (ad es. proprietà e altri diritti reali, concessione ecc.), dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti dalle amministrazioni, sarebbe opportuno che le aziende sanitarie e gli altri enti assimilati rendessero disponibili anche le seguenti tipologie di informazioni:

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

Il RPCT è tenuto a vigilare sull'attuazione delle misure e a segnalare al management aziendale anomalie risultanti dall'analisi degli indicatori di rischio come, ad esempio: la consistenza del patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali; la possibile anomala compresenza di fitti passivi e immobili in locazione; la significatività degli scostamenti tra valore, prezzo di vendita e ricavato nelle procedure di dismissione/locazione.

È altresì importante che le regioni completino il censimento del patrimonio non utilizzato a fini istituzionali affinché questo possa essere valorizzato dalle competenti agenzie del territorio.

2. Sperimentazioni cliniche. Proposta di ripartizione dei proventi derivanti da sperimentazioni cliniche

I proventi derivanti alle aziende sanitarie a seguito di sperimentazioni cliniche, specie nel caso di studi clinici randomizzati interventistici con farmaci che devono essere introdotti sul mercato, possono assumere una consistenza molto rilevante (di decine di milioni euro per anno in aziende di grandi dimensioni e di elevato richiamo). Per questo motivo e per le cointeressenze che possono esserci tra le ditte farmaceutiche e gli sperimentatori, si tratta di un'attività a rischio corruttivo. L'azione dei Comitati Etici (di seguito CE), volta ad accertare la scientificità e la eticità del protocollo di studio, non fornisce specifiche garanzie al riguardo.

Al fine di gestire, in ottica di prevenzione della corruzione, la discrezionalità degli sperimentatori di attribuzione (e "auto-attribuzione") dei proventi, è opportuno che ogni azienda sanitaria integri il

regolamento del CE con un disciplinare che indichi le modalità di ripartizione dei proventi, detratti i costi da sostenersi per la conduzione della sperimentazione e l'*overhead* dovuto all'azienda per l'impegno degli uffici addetti alle pratiche amministrative ed il coordinamento generale.

È inoltre opportuno adottare un sistema di verifica dei conflitti di interesse dei CE tale da identificare, oltre l'eventuale conflitto di interesse al momento della nomina, anche la sua eventuale sussistenza al momento della presentazione e valutazione della sperimentazione clinica. A monte della stipula del contratto per la sperimentazione, è opportuno individuare con esattezza l'effettivo titolare dell'impresa, soprattutto ove il contratto venga stipulato con soggetti aventi sede in Stati esteri e/o a bassa fiscalità, anche al fine di verificare l'esistenza di indicatori di rischio secondo la normativa antiriciclaggio. Va inoltre richiamata l'attenzione sull'opportunità di prevedere, nei regolamenti aziendali, un congruo lasso di tempo tra il finanziamento per la ricerca e la cessazione di un contratto a titolo oneroso con il soggetto che finanzia la ricerca, o sue imprese controllate.

2.1 Criteri per la ripartizione dei proventi

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

- a) detrarre le spese da sostenersi (costi diretti della sperimentazione). Tali spese possono includere:
 - costi per accertamenti di laboratorio o strumentali, aggiuntivi rispetto a quelli previsti dalla pratica assistenziale corrente;
 - costi per la raccolta/spedizione di materiali biologici;
 - costi per la gestione separata dei farmaci in sperimentazione;
 - costi di materiale di consumo o di materiale inventariabile necessario per la sperimentazione (ove non forniti direttamente dallo sponsor);
 - rimborsi ai pazienti;
 - spese per acquisizione di collaborazioni tecnico-professionali finalizzate alla conduzione delle sperimentazioni;
 - spese di gestione, analisi dei dati, test di laboratorio aggiuntivi, spese di spedizione dei materiali;
 - spese di formazione/aggiornamento del personale coinvolto nelle sperimentazioni;
 - spese di acquisizione di apparecchiature tecnico scientifiche;
- b) ripartire il ricavo netto secondo criteri prestabiliti e trasparenti.

Le somme destinate al personale, inoltre, dovrebbero confluire nei fondi aziendali ed essere evidenziate nel conto annuale; è opportuno, al riguardo, che i relativi criteri di ripartizione siano concordati con le organizzazioni sindacali.

In quest'ambito specifico è auspicabile che le aziende sanitarie adottino un regolamento che disciplini le modalità di distribuzione dei ricavi netti provenienti dalle sperimentazioni, improntato ai principi di equità, efficienza e vantaggio per la pubblica amministrazione. La scelta è comunque rimandata alle singole direzioni aziendali che sono chiamate all'obbligo di definire tali modalità di ripartizione, rendendole trasparenti, al fine di garantire una equità di fruizione dei proventi derivanti dalle sperimentazioni cliniche tra tutto il personale che vi partecipa attivamente. Di norma, il personale medico e quello infermieristico e tecnico dovrebbero svolgere l'attività di sperimentazione clinica al di fuori dell'orario di servizio. Questa regola sembrerebbe essere ampiamente disattesa, anche perché tale attività si intercala naturalmente con quella svolta in attività istituzionale. A tal fine, le aziende sanitarie potrebbero individuare, ad esempio, dei "tempi standard" necessari per lo svolgimento dell'attività di sperimentazione, calcolati sul numero di pazienti arruolati e sulle procedure (assistenziali, diagnostiche) cui sono sottoposti, da aggiungere al debito orario contrattuale.

Il RPCT dovrebbe effettuare il monitoraggio sull'effettiva implementazione delle suddette misure e, in particolare, l'adozione e implementazione del regolamento sulla ripartizione dei proventi, nonché l'elaborazione di appositi indicatori di rischio come, ad esempio, il rapporto tra i volumi di attività svolta nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e l'attività istituzionale.

3. Comodati d'uso/ valutazione "in prova"

Un'attenzione particolare va rivolta ad alcune particolari modalità di ingresso delle tecnologie all'interno dell'organizzazione sanitaria, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento. In questa fase di transizione verso le procedure di approvvigionamento aggregate in capo alle centrali di committenza/soggetti aggregatori, sulla base di quanto previsto dalla recente normativa per il settore degli acquisti (legge di stabilità 2016), è possibile che il ricorso a tali modalità diventi sempre più elevato. A partire, quindi, dalle misure di rafforzamento della trasparenza come, ad esempio, la pubblicazione dei dati inerenti le relative procedure aziendali autorizzative, si rende possibile la conoscenza interna ed esterna dei comportamenti assunti dalle aziende stesse in questo delicato ambito. In tal senso potrebbe configurarsi pertanto come una misura ulteriore di trasparenza l'integrazione, da parte delle aziende sanitarie, delle informazioni sul sito istituzionale relative alle tecnologie introdotte attraverso le predette modalità, prevedendo il seguente set minimo di dati:

- a) il richiedente/l'utilizzatore;
- b) la tipologia della tecnologia;
- c) gli estremi dell'autorizzazione della direzione sanitaria;
- d) la durata/termini di scadenza;
- e) il valore economico della tecnologia;
- f) gli eventuali costi per l'azienda sanitaria correlati all'utilizzo della tecnologia (es. materiali di consumo).

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

La medesima precisazione va riferita anche alle "donazioni" e/o alle "prove dimostrative". Per queste ultime, qualsiasi onere economico (inclusi materiali di consumo) deve essere totalmente a carico del soggetto che propone all'azienda sanitaria la prova dimostrativa.

L'insieme dei dati sopra riportati, a vari livelli di aggregazione, potrà costituire un database delle apparecchiature "in prova" da cui sia possibile effettuare i collegamenti con le successive modalità con le quali eventualmente le stesse tecnologie vengono acquisite dalle aziende. Pertanto, il RPCT dovrebbe utilizzare tali informazioni anche al fine di elaborare possibili indicatori di rischio come, ad esempio, la percentuale (numero e/o valore) delle apparecchiature in prova/comodati d'uso che si trasformano in acquisto, anche in relazione al totale della tecnologia acquisita dall'azienda.

4. Ulteriori misure per la trasparenza, il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale *intra moenia*

Quest'area, già ritenuta di prioritaria importanza nell'Aggiornamento 2015 al PNA, viene richiamata anche in questo approfondimento in considerazione della disomogeneità dei contesti regionali nel governo dei tempi di attesa, in relazione anche al rapporto tra attività istituzionale e libero professionale e al fatto che i comportamenti opportunistici e i rischi corruttivi in questo settore si sostanziano in

disparità di trattamento nei confronti dell'utente finale. L'esigenza è quella di integrare le misure di prevenzione già previste nel precedente Aggiornamento 2015 al PNA, con particolare riferimento alle attività in ALPI⁴⁷, con interventi mirati in tema di liste di attesa per le prestazioni rese in attività istituzionale, a partire dal rafforzamento della trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (diagnostiche e terapeutiche), avuto riguardo del trattamento dei dati sensibili. Un'importante modifica è stata introdotta dal d.lgs. 97/2016, art. 33, che, intervenendo sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa contenute all'art. 41, co. 6, d.lgs. 33/2013, ha previsto l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste.

Inoltre, a titolo esemplificativo ma non esaustivo sono indicate, con riferimento all'accesso del paziente al sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie, alcuni possibili eventi rischiosi con le relative misure di prevenzione.

In relazione al rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, con induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in ALPI a seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale, le seguenti misure, che già costituiscono condizioni imprescindibili di buona amministrazione e di efficienza organizzativa, si rivelano efficaci per la gestione trasparente delle liste di prenotazione e per il governo dei tempi di attesa (con conseguenti effetti diretti sulla percezione della qualità del servizio da parte dei cittadini e sull'efficacia degli interventi sanitari):

- informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione delle aziende sanitarie;
- separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale intramoenia (ALPI);
- unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP) su base regionale o almeno provinciale, facilmente accessibile (es. *call center*, sportelli aziendali, rete delle farmacie, ecc.) con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene la prima visita e i *follow up* successivi;
- utilizzo delle classi di priorità clinica per l'accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa (specificando se si tratta di prima visita o controllo). Tale obbligo, già disciplinato con decreti ministeriali e da specifici accordi Stato-Regioni, necessita tuttavia di essere monitorato ed implementato per evitare il rischio di classificazioni errate e/o opportunistiche. In tal senso sono già state implementate in varie aziende sanitarie italiane esperienze trasferibili che prevedono il coinvolgimento dei professionisti per aree cliniche, come per esempio il modello dei raggruppamenti di attesa omogenei (R.A.O.), un'esperienza di codici di priorità caratterizzata dal coinvolgimento di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ospedalieri.

Un ulteriore rischio può essere legato al fenomeno del *drop out*, ovvero al caso delle prenotazioni regolarmente raccolte dal CUP ma che non vengono eseguite a causa dell'assenza del soggetto che ha prenotato. Al fine di evitare opportunistici allungamenti dei tempi di attesa in attività condotta in regime istituzionale, possono essere utilizzati diversi strumenti gestionali quali, ad esempio, *recall*, *SMS*, *reminder*, pre-appuntamento, per verificare la reale consistenza delle liste di attesa. A tale scopo, può essere efficace prevedere a livello regionale e/o aziendale l'obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali, disciplinando i casi in cui sia possibile giustificare la mancata disdetta per impedimenti oggettivi e documentati.

Il presente Piano aggiorna ma non sostituisce i Piani attualmente vigenti.