



**Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione
e della Trasparenza 2017 - 2019
Giunta Regionale della Campania**

Sommario

1.	Premessa	5
2.	Quadro normativo di riferimento: la legge n. 190/2012 e ss.mm.ii.....	8
3.	Gli obiettivi strategici	10
SEZIONE I – AMBITO APPLICATIVO E ORGANIZZAZIONE		11
4.	Il contesto di riferimento.....	11
4.1	Il contesto esterno.....	11
4.1.1	Scenario economico-sociale a livello regionale	11
4.1.2	Profilo criminologico del territorio.....	16
4.2	Il contesto interno	20
4.2.1	Soggetti e ruoli della strategia regionale di prevenzione della Corruzione.....	22
5.	Il processo di elaborazione e adozione del Piano	25
6.	Collegamenti tra il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e gli altri strumenti di programmazione	26
SEZIONE II - LA GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO.....		28
7.	Il processo di gestione del rischio corruttivo. Metodologia e fasi.....	28
7.1	Fase 1 - Definizione del contesto e mappatura dei processi	31
7.1.1	Individuazione delle aree di rischio: aree di rischio “general” e aree di rischio “specifiche” ...	32
7.1.2	Rideterminazione delle aree a rischio corruzione	34
7.1.3	Mappatura dei processi.....	37
7.1.3.1	Il processo “Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie”	38
7.1.3.2	Il Processo “Riconoscimento dei Debiti Fuori Bilancio ex Art. 73 dell'art. 73, Comma 1, Lett. A) del D.Lgs. 23 Giugno 2011 n. 118”	46
7.1.4	Prodotti della Fase 1: Il catalogo dei processi	51
7.1.5	Attori della Fase 1	58
7.2	Fase 2 - Identificazione e analisi degli eventi rischiosi	59
7.2.1	Identificazione degli eventi rischiosi.....	59
7.2.2	Analisi degli eventi rischiosi: i fattori abilitanti e le cause.....	62
7.2.3	Prodotti della Fase 2. Il registro degli eventi rischiosi	63
7.2.4	Attori della fase 2	63
7.3	Fase 3 - Ponderazione degli eventi rischiosi	64
7.3.1	Aspetti generali.....	64
7.3.2	Il processo di ponderazione del rischio di corruzione seguito	65
7.3.3	Costruzione di un set di variabili di ponderazione del rischio di corruzione.....	66
7.3.4	Misurazione delle variabili.....	67
7.3.5	Aggregazione dei dati per processo e costruzione degli indicatori di sintesi per la probabilità e l’impatto	68
7.3.6	Individuazione delle priorità di intervento	68

7.3.7 Prodotti della Fase 3. Livello di esposizione al rischio dei processi per Direzione/Ufficio; Rating di rischio	69
7.3.8 Attori della Fase 3	70
7.4 Fase 4 - Identificazione e progettazione delle misure di trattamento del rischio	70
7.4.1 Tipologie di misure: generali e specifiche	71
7.4.2 Identificazione e progettazione delle misure	72
7.4.3 Progettazione misure: fasi, tempi, responsabili, indicatori.....	73
7.4.4 Prodotti della Fase 4: Catalogo misure di prevenzione per processo e/o fase e tipologia di rischio	74
7.4.5 Attori della Fase 4.....	74
SEZIONE III – Le Misure di trattamento del rischio	75
8. La pianificazione degli interventi per la riduzione del rischio	75
8.1 Stato di attuazione e pianificazione delle Misure Obbligatorie	75
8.1.1 <i>Trasparenza</i>	76
8.1.2 <i>Codice di comportamento</i>	78
8.1.3 <i>Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione</i>	81
8.1.4 <i>Astensione in caso di conflitto di interesse</i>	83
8.1.5 <i>Svolgimento di incarichi d’ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali</i>	86
8.1.6 e 8.1.7 <i>Inconferibilità per incarichi dirigenziali e Incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali</i>	89
8.1.8 <i>Svolgimento di attività successiva alla cessione del rapporto di lavoro</i>	91
8.1.9 <i>Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione</i>	94
8.1.10 <i>Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. Whistleblower)</i>	97
8.1.11 <i>Formazione</i>	99
8.1.12 <i>Patti di integrità negli affidamenti</i>	103
8.1.13 <i>Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile</i>	105
SEZIONE IV – TRASPARENZA	107
9. La nuova trasparenza.....	107
10. Gli obblighi di pubblicazione.....	108
11. Il processo di attuazione della trasparenza - individuazione degli Uffici responsabili della trasmissione, della pubblicazione dei dati e dei referenti.....	114
11.1 Diagramma del flusso dei dati destinati alla pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente”	118
11.2 Misure organizzative e strumenti per l’attuazione della trasparenza.....	118
12. Accesso Civico.....	128
12.1. Misure per assicurare l’efficacia dell’istituto dell’accesso civico	129
13. Dati Ulteriori	131

SEZIONE V – MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO DEL PTPCT	133
14. Monitoraggio sulla implementazione delle misure e rendicontazione finale	133
 ALLEGATI.....	135
Allegato 1 - Catalogo processi e Registro rischi Regione Campania	135
Allegato 2 - Identificazione delle misure di prevenzione	135
Allegato 3 - Elenco delle misure di prevenzione relative al processo “Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118”	135
Allegato 4 - Progettazione delle misure specifiche per il processo “Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118”	135
Allegato 5 – Elenco degli obblighi di pubblicazione	135

1. Premessa

La prevenzione della corruzione e il contrasto di ogni forma di illegalità costituiscono una priorità strategica della Giunta Regionale della Campania. La corruzione e le altre forme di illegalità sono considerate due tra i più importanti ostacoli allo sviluppo territoriale, all'efficienza e all'efficacia dell'agire amministrativo e, in ultima istanza, al corretto funzionamento delle istituzioni sociali e civili.

La legge n. 190 del 2012 recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*, i provvedimenti normativi ad essa collegati - D.Lgs. n. 33 del 2013, D.Lgs. n. 39 del 2013 e D.P.R n. 62 del 2013 – e le modifiche introdotte dal D.lsg. n.97/2016 sia rispetto alla legge n. 190/2012 che al D.Lgs. n.33/2013 hanno disegnato un quadro organico di strumenti e soggetti volto a rafforzare l'effettività delle azioni di prevenzione e contrasto al fenomeno corruttivo, anche tenuto conto degli orientamenti internazionali in materia.

In data 11 settembre 2013, l'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.AC.) ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione, che ha dato avvio alla fase di attuazione della normativa anticorruzione a livello di ogni singola amministrazione.

Con Determinazione n. 12 del 28/10/2015 l'A.N.AC. ha approvato l'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione e con Delibera n. 831 del 3/08/2016 ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, che hanno in parte confermato ed in parte integrato e/o superato le indicazioni fornite nel Piano Nazionale Anticorruzione 2013.

L'art. 41 del D.Lgs. n.97/2016 stabilisce che il Piano Nazionale Anticorruzione *“costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai fini dell'adozione dei propri piani triennali di prevenzione della corruzione”*.

Il PNA, in quanto atto di indirizzo, contiene indicazioni che impegnano le amministrazioni allo svolgimento di attività di analisi della realtà amministrativa e organizzativa nella quale si svolgono le attività di esercizio di funzioni pubbliche e di attività di pubblico interesse esposte a rischi di corruzione e all'adozione di concrete misure di prevenzione della corruzione. Il Piano Nazionale Anticorruzione definisce pertanto gli obiettivi nazionali per lo sviluppo della strategia di prevenzione e fornisce gli indirizzi metodologici alle amministrazioni pubbliche per l'attuazione della disciplina anticorruzione e per la stesura del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

Con le innovazioni introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) delle singole Amministrazioni assume un valore programmatico ancora più incisivo,

dovendo necessariamente prevedere gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione fissati dall'organo di indirizzo.

In base a tali indirizzi metodologici il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:

- a) è lo strumento di definizione delle strategie e di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza a livello organizzativo;
- b) deve essere interpretato come un'opportunità di cambiamento reale, di innovazione dei processi organizzativi e di rafforzamento della capacità di prevenzione e contrasto della corruzione; non deve configurarsi, pertanto, come un mero adempimento burocratico;
- c) deve contenere un'analisi e valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e, su tali basi, indicare le azioni volte a prevenire tale rischio;
- d) deve basarsi su una idonea metodologia di analisi e valutazione dei rischi e deve sviluppare una puntuale programmazione delle attività, indicando le aree di rischio generali, gli eventi rischiosi specifici, le misure da implementare, i responsabili per l'attuazione di ogni misura e i relativi tempi;
- e) deve prevedere obiettivi e azioni in grado di incidere significativamente sulla mitigazione del rischio di corruzione, favorendo dunque l'efficace attuazione della normativa anticorruzione e consentendo un costante monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi attuati.

Con l'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione 2017-2019, la Giunta Regionale della Campania intende dare piena attuazione alle predette indicazioni metodologiche, assicurando, al contempo che l'attuazione delle strategie regionali di prevenzione della corruzione si collochi all'interno del più ampio quadro strategico nazionale e internazionale.

La Regione Campania negli anni non ha interpretato l'elaborazione del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione come un'attività da realizzare *una tantum*, ma al contrario come un processo di miglioramento continuo, nell'ambito del quale la definizione delle strategie e delle misure di prevenzione è oggetto di un costante affinamento, in relazione al *feedback* derivante dall'attuazione dei precedenti Piani e all'evoluzione del contesto esterno ed interno. In altri termini, la strategia regionale di prevenzione della corruzione è improntata a un potenziamento graduale del sistema preventivo, tenuto conto che l'efficacia degli interventi dipende in gran parte dalla diffusione della consapevolezza sull'importanza di promuovere l'integrità e dal concreto impegno di tutti gli attori coinvolti.

La logica cui è improntata l'elaborazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Ente è l'innovazione continua ma graduale. La complessità istituzionale e organizzativa dell'amministrazione regionale richiede necessariamente l'attivazione di un percorso graduale nella

costruzione del sistema di prevenzione della corruzione. Non è possibile, né conveniente in termini organizzativi, realizzare immediatamente un'approfondita analisi di tutte le attività svolte da ogni ufficio in ciascun processo organizzativo di competenza dell'ente. D'altra parte, l'adozione di un approccio analitico eccessivamente aggregato potrebbe compromettere la qualità dell'analisi. Alla luce di queste considerazioni, si è optato per lo sviluppo di un percorso di innovazione basato sul principio di "gradualità" e di concentrazione dello sforzo analitico, come ampiamente descritto nella Sezione II del presente documento

Destinatario del presente Piano è tutto il personale dell'amministrazione regionale. La violazione delle misure di prevenzione ivi previste costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1 co. 14 della legge n.190/2012 e ss.mm.ii..

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) della Giunta Regionale della Campania è la dr.ssa Giovanna Paolantonio, dirigente della Direzione generale per le Risorse Umane, nominata con Decreto del Presidente della GR N. 454 del 25/11/2013.

Per le comunicazioni con il RPCT sono disponibili due indirizzi di posta elettronica dedicati:

 trasparenza.anticorruzione@regione.campania.it;

 trasparenza.anticorruzione@pec.regione.campania.it.

Sul sito istituzionale dell'Ente, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Altri Contenuti - Corruzione" sono pubblicati tutti i Piani di prevenzione della corruzione adottati dall'Ente, le Relazioni annuali del RPCT ex art. 1, co.14, legge n. 190/2012 e ss.mm.ii. e le Circolari emanate dal RPCT in attuazione delle misure di prevenzione e contrasto previste dai Piani.

2. Quadro normativo di riferimento: la legge n. 190/2012 e ss.mm.ii.

La strategia anticorruzione si basa sostanzialmente su due direttrici fondamentali: la prevenzione e la repressione dei fenomeni corruttivi.

La legge 6 novembre 2012, n. 190, recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”* ha introdotto notevoli innovazioni in entrambi gli ambiti sopra evidenziati. Infatti, con la legge n. 190/2012 il legislatore ha inteso attuare concrete ed efficaci strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e, più in generale, dell’illegalità all’interno della pubblica amministrazione.

A tal fine, sono stati introdotti nel nostro ordinamento nuovi strumenti diretti a migliorare le politiche di prevenzione della corruzione e ad incidere in modo organico sui fattori che ne determinano la diffusione, nonché misure per il rafforzamento dei rimedi di tipo repressivo.

Il ruolo della prevenzione è ritenuto unanimemente un fattore importantissimo nella lotta alla corruzione e, sotto questo profilo, la legge in esame individua una serie di strumenti interni all’amministrazione, volti ad arginare il fenomeno corruttivo, intervenendo sul livello di trasparenza dell’azione amministrativa e dei controlli interni, sull’integrità morale dei dipendenti pubblici e, quindi, sulla disciplina dei codici di comportamento, delle incompatibilità degli incarichi, della responsabilità disciplinare e della formazione del personale.

Tra le misure di prevenzione introdotte dalla menzionata legge assumono particolare rilievo le seguenti:

- l’approvazione del Piano Nazionale anticorruzione;
- l’adozione obbligatoria, da parte di ciascuna amministrazione, del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione;
- la delega al Governo per la disciplina dei casi di non conferibilità e di incompatibilità degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di responsabilità amministrativa di vertice nelle pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico (poi esercitata con il D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39);
- la delega al Governo per l’adozione di un testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e divieto di ricoprire cariche elettive e di governo (poi esercitata con il D.Lgs. 31 dicembre 2012, n. 235);
- la delega al Governo per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni (poi esercitata con il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33);
- il rafforzamento del codice di comportamento dei dipendenti pubblici, con la previsione di sanzioni

in caso di violazione degli obblighi nello stesso contenuti e la configurazione in termini di responsabilità disciplinare. Il nuovo codice di comportamento dei dipendenti pubblici è stato approvato con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62. Ad esso si affianca la definizione, da parte di ciascuna pubblica amministrazione, di un proprio codice di comportamento che integra e specifica quello approvato dal Governo;

- la tutela del dipendente pubblico che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

In riferimento, poi, all'ambito della repressione penale dei fenomeni corruttivi è stato previsto l'innalzamento del trattamento sanzionatorio per alcuni reati fra i quali il peculato, l'abuso d'ufficio, la corruzione propria per atti contrari ai doveri d'ufficio, la concussione ed il prolungamento del termine di prescrizione. Altro elemento di novità consiste nella distinzione tra induzione e costrizione nell'ambito della concussione e nell'introduzione del reato di traffico di influenze illecite.

Con la recente approvazione dell'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016 sono state apportate alcune modifiche all'art. 1 della legge n.190/2012.

Tra le più rilevanti novità sono da evidenziare le seguenti:

- la competenza per l'adozione del Piano Nazionale Anticorruzione è attribuita all'A.N.AC. Il Piano ha durata triennale ed è aggiornato annualmente e costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni;
- sono semplificate le attività poste a carico delle amministrazioni, ad esempio unificando in un solo strumento il Piano Triennale di Prevenzione della corruzione ed il Programma triennale della trasparenza e dell'integrità e prevedendo una possibile articolazione delle attività in rapporto alle caratteristiche organizzative (soprattutto dimensionali) delle amministrazioni;
- la rivisitazione della figura e dei compiti del responsabile per la prevenzione della corruzione, con particolare riferimento alla sua individuazione, alla sua tutela rispetto a misure discriminatorie, ai poteri di segnalazione ed alle responsabilità ad esso attribuite;
- il rafforzamento dei compiti dell'organismo indipendente di valutazione ai fini della verifica ed attuazione delle misure di trasparenza. In particolare, nel quadro dei compiti attribuiti all'organismo indipendente di valutazione, emerge un maggiore collegamento tra il Piano anticorruzione ed il Piano delle performance.

3. Gli obiettivi strategici

Tra i contenuti necessari del PTPCT vi sono gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art 1, co. 8, come novellato dall'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016).

L'elaborazione del PTPCT presuppone, dunque, il diretto coinvolgimento del vertice dell'amministrazione in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione, decisione che è elemento essenziale e indefettibile del Piano stesso e dei documenti di programmazione strategico-gestionale.

Per quanto concerne gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza individuati dall'organo di indirizzo dell'Ente, il Presidente della Giunta Regionale ha in prima istanza confermato la strategia delineata nel "Documento di Economia e Finanza Regionale – DEFR 2017", approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 266 del 7/06/2016, ed ha altresì individuato i seguenti ulteriori obiettivi strategici:

- a) promozione dell'istituto dell'accesso civico "generalizzato" (c.d. FOIA);
- b) adozione di misure organizzative di prevenzione di fattori distorsivi e/o condotte devianti rispetto al perseguimento dell'interesse pubblico generale, con riferimento alle aree di rischio specifiche *"Rapporto con i soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie"* e *"Debiti fuori bilancio"*.

All'obiettivo sub a) si riconducono gli interventi diretti a favorire l'esercizio del diritto di accesso civico "generalizzato", anche attraverso una gestione coordinata delle diverse tipologie di accesso, con il fine di evitare comportamenti disomogenei tra gli uffici dell'Amministrazione regionale. A tal fine andranno individuate fattispecie ulteriori di dati e documenti da pubblicare sul sito istituzionale dedicato.

Attraverso l'obiettivo sub b) la Regione Campania intende adempiere ad una precisa indicazione dell'A.N.AC., che nella determinazione n. 12/2015 ha individuato l'ambito dei rapporti delle Regioni con i privati erogatori di prestazioni sanitarie quale area di rischio specifica per le amministrazioni regionali. In particolare, nella citata determinazione, la specificità del rischio viene strettamente connessa alla fase contrattuale con i privati accreditati che erogano prestazioni per conto del Sistema Sanitario Nazionale. Con la successiva delibera n. 831/2016, concernente l'approvazione del Piano Nazionale 2016, l'Autorità ha invece richiamato l'attenzione delle Regioni (e delle aziende sanitarie) su tutte le singole fasi del processo che conduce dall'autorizzazione all'accreditamento istituzionale.

In merito all'area *"Debiti fuori bilancio"*, si rileva l'opportunità di attivare un focus di approfondimento sulle diverse tipologie dei debiti fuori bilancio che possono essere riconosciute mediante legge regionale, ai sensi dell'art. 73 comma 1 del D. Lgs. n. 118/2011, in considerazione della posizione centrale che il tema degli equilibri di bilancio assume nella valutazione dei conti pubblici. La salvaguardia degli equilibri è stata infatti assunta a principio costituzionale, espressamente richiamato in più disposizioni (artt. 81, 97, 119 Cost.), e

costituisce, ormai, un punto di riferimento costante della giurisprudenza costituzionale in tema di contabilità pubblica.

Si rimanda alle specifiche sezioni II, III e IV del presente Piano per la trattazione delle azioni programmate al fine di dare attuazione agli obiettivi strategici su indicati.

SEZIONE I – AMBITO APPLICATIVO E ORGANIZZAZIONE

4. Il contesto di riferimento

4.1 Il contesto esterno

Lo scenario all'interno del quale maturano le strategie e si concretizza l'azione amministrativa della Regione Campania ha come sfondo il contesto esterno e, quindi, *in primis* il contesto sociale ed economico, caratterizzato da importanti dinamiche sul fronte demografico, su quello delle famiglie ma anche e soprattutto sul fronte del mercato del lavoro, elementi – quelli appena citati - che concorrono a definire lo scenario di fondo in cui le azioni vengono compiute.

L'analisi del contesto ha cercato anche di tenere conto di tutti gli aspetti rilevanti in materia di sicurezza e legalità e, in particolare, di corruzione.

La molteplicità e varietà dei “decisori” che ruotano intorno alle scelte compiute dalla Regione Campania, nonché la rilevanza e diversità delle varie categorie di stakeholders da queste coinvolte, rendono tuttavia difficile e fondamentale nello stesso tempo, l'analisi del contesto esterno. Questi processi di analisi, infatti, rappresentano oggi attività che comportano oneri via via crescenti, in termini di costi per reperire e gestire informazioni, per monitorare fenomeni di contesto per poter poi intervenire su situazioni di rischio.

Alla luce di queste considerazioni, l'analisi che segue è stata prevalentemente elaborata attraverso l'utilizzo dei dati oggettivi reperibili da fonti ufficiali, anche e soprattutto di rilevanza nazionale,

L'obiettivo di questa analisi, come del resto suggerito anche dagli standard internazionali sul tema della corruzione e più in generale del risk management, è quello di valutare l'incidenza del fenomeno e favorire l'analisi e valutazione del rischio e il monitoraggio dell'efficacia del sistema regionale di prevenzione della corruzione.

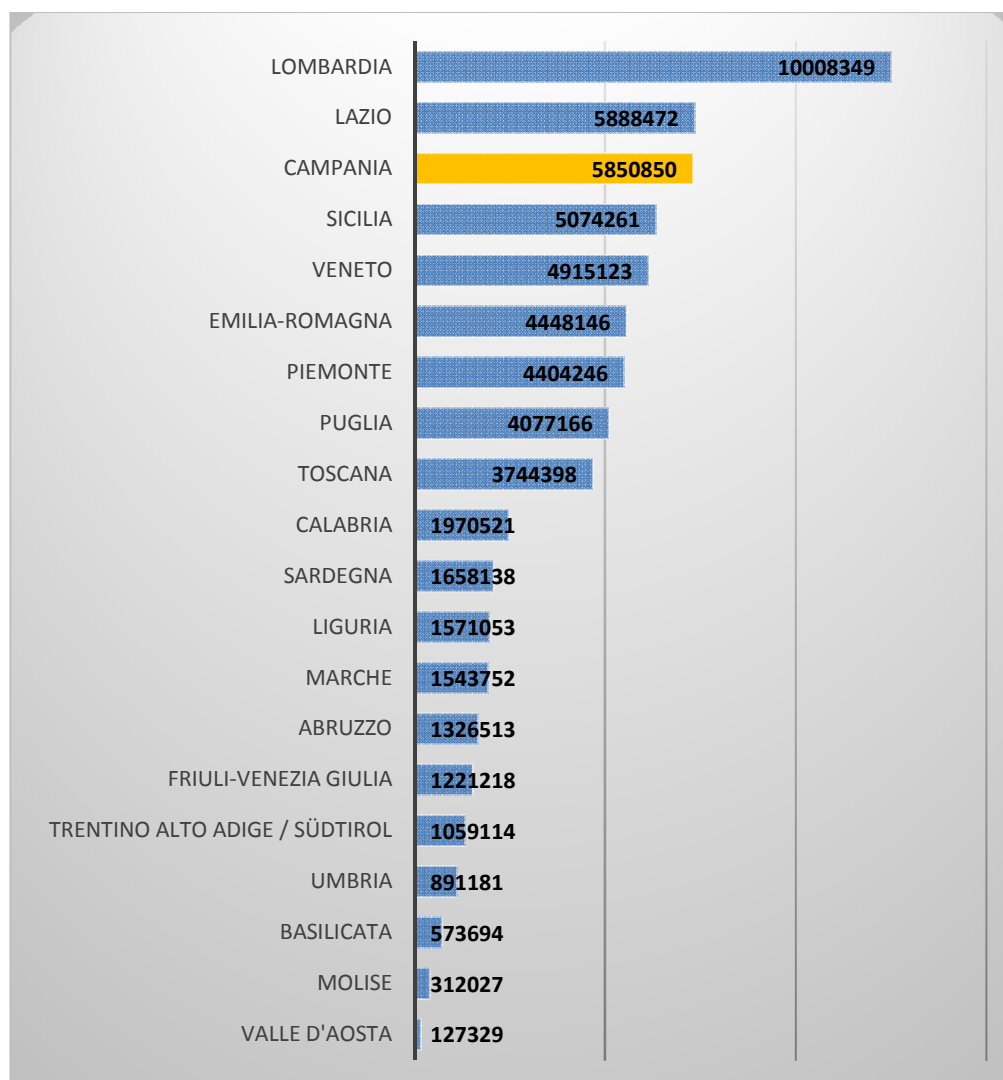
4.1.1 Scenario economico-sociale a livello regionale

La popolazione residente in Campania al 1 Gennaio 2016 ammontava a 5.850.850 persone, numero questo che la rende la terza regione più popolata di Italia, dietro Lombardia e Lazio (Figura 1) e – allo stesso tempo – la regione più popolata del Sud Italia (tabella 1).

Anche il numero degli stranieri è elevato: con 232.214 residenti stranieri al 1 Gennaio 2016 è la regione del sud Italia con il maggior numero di stranieri e si conferma essere la prima regione del sud anche con riferimento al numero di permessi di soggiorno per cittadini non comunitari (i 171.504 permessi di soggiorno, rappresentano il 4% a livello nazionale).

Figura 1 – Popolazione residente nelle regioni italiane

(dato al 1 Gennaio 2016)



Fonte: Istat 2016

Tabella 1 – Popolazione residente nelle regioni del Sud Italia

(dato al 1 Gennaio 2016)

Regione	Residenti
Abruzzo	1.326.513
Campania	5.850.850
Puglia	4.077.166
Calabria	1.970.521
Basilicata	573.694
Molise	312.027

Fonte: Istat 2016

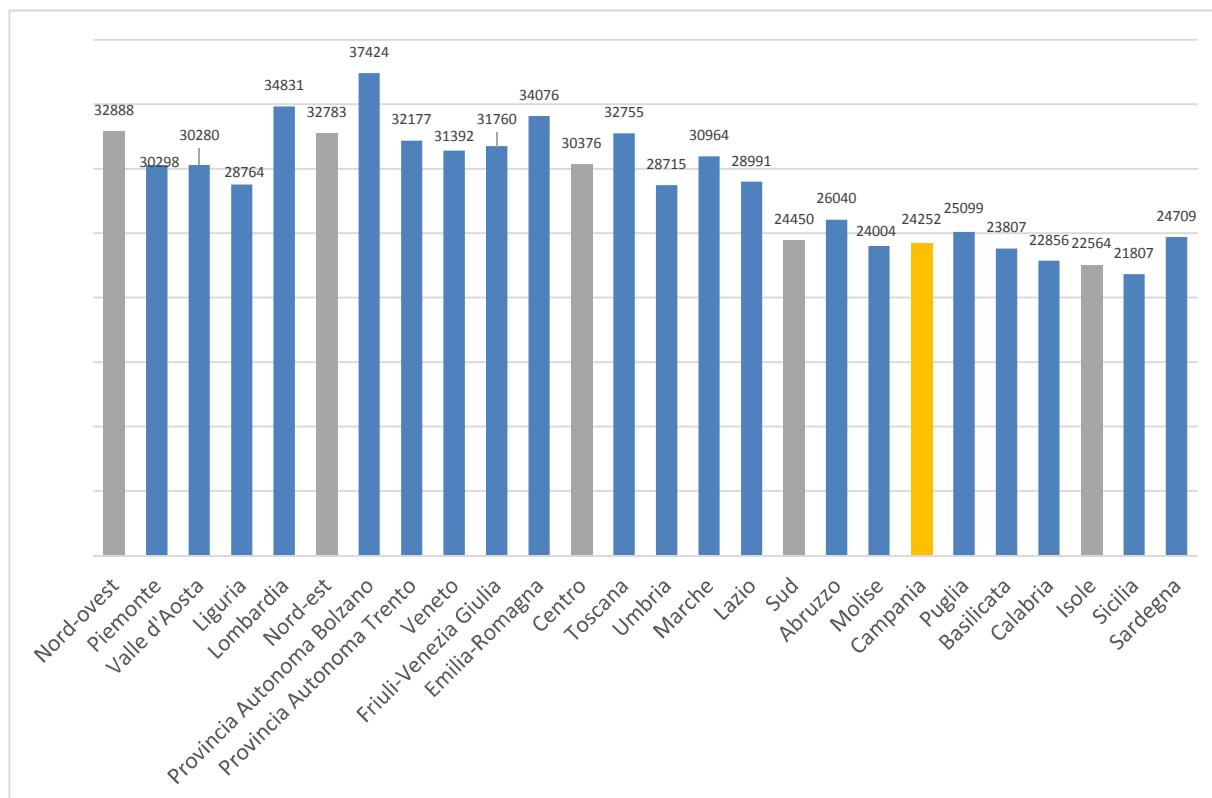
Con riferimento alla situazione economica, il quadro si presenta piuttosto complesso. Gli ultimi dati pubblicati dall'Istat nel dicembre 2016 (tabella 2), riportano che il reddito netto medio delle famiglie campane nel dicembre 2014 era pari soltanto a 24.252 euro: questo dato la rende la quint'ultima regione italiana, seguita nell'ordine da Molise, Basilicata, Calabria e Sicilia.

Figura 2 – Reddito netto medio delle famiglie italiane

(dati

del

2014)



Fonte: tratto con adattamenti da Istat – Annuario statistico italiano 2016

Questo viene confermato anche dal giudizio espresso sulla condizione economica percepita. Solo il 2,8% delle famiglie dichiara di riuscire a far fronte alle varie esigenze con facilità o addirittura con molta facilità, il 29,8% dichiara di essere in grande difficoltà e il 30,2% in difficoltà. Come mostrato nella figura 3, inoltre, l'indagine relativa al giudizio sulla situazione economica rispetto all'anno precedente e sulle risorse economiche lascia emergere che mentre per il 58,5% delle famiglie la situazione è rimasta invariata, il 37,4% dichiara che la situazione è peggiorata (per il 26,8% la situazione è "un po' peggiorata", per il restante 10,6% la situazione economica è "molto peggiorata") mentre solo il 3,7% delle famiglie percepisce che la situazione è "molto o un po' migliorata".

Figura 3 - Giudizio sulla situazione economica rispetto all'anno precedente e sulle risorse economiche

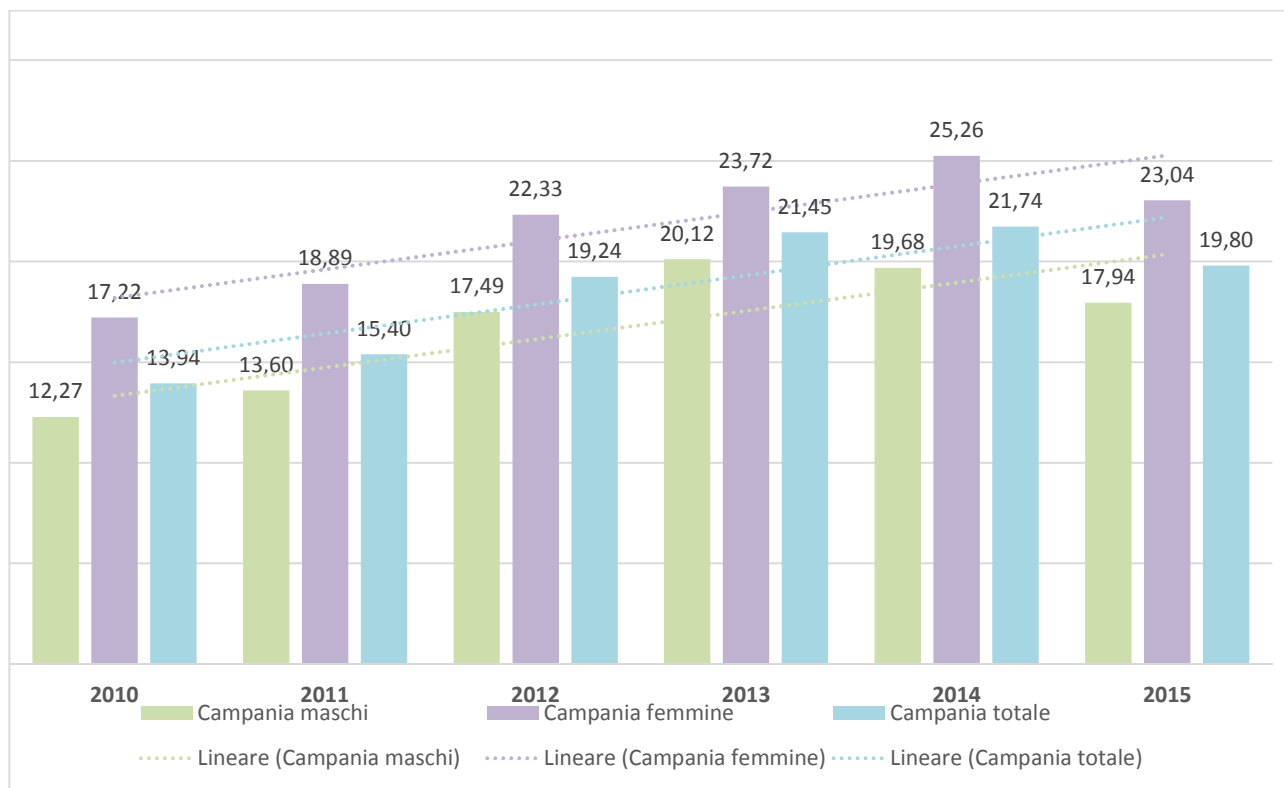
ANNI REGIONI	Situazione economica				Risorse economiche			
	Molto o un po' migliorata	Invariata	Un po' peggiorata	Molto peggiorata	Ottime	Adeguate	Scarse	Insufficienti
2012	3,4	40,6	40,8	15,0	0,8	51,8	40,2	6,8
2013	3,0	38,0	42,4	16,1	0,8	48,6	42,3	7,7
2014	4,2	48,0	35,2	12,1	0,9	52,5	39,1	6,8
2015	5,0	52,3	31,7	10,4	1,1	55,7	36,3	6,3
2016 - PER REGIONE								
Piemonte	7,8	56,8	27,5	7,5	1,5	61,4	32,1	4,7
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	7,3	60,0	23,7	8,8	1,0	63,9	28,9	5,5
Liguria	4,4	61,3	26,8	7,1	0,5	65,2	29,7	3,7
Lombardia	8,4	60,2	26,0	5,0	2,3	65,8	28,1	3,4
Trentino-Alto Adige/Südtirol	7,5	71,7	16,8	3,4	3,2	73,9	20,1	1,7
Bozano-Bozen	8,2	77,4	11,6	1,6	4,4	75,3	17,8	0,2
Trento	6,9	66,2	21,7	5,2	2,0	72,6	22,2	3,2
Veneto	8,2	53,7	29,6	8,5	1,2	61,7	31,8	5,1
Friuli-Venezia Giulia	7,1	57,9	28,4	6,5	1,3	64,3	30,6	3,8
Emilia-Romagna	6,5	62,8	24,7	5,8	0,9	62,8	29,7	4,7
Toscana	7,7	60,9	23,1	7,8	1,2	63,7	29,9	4,2
Umbria	5,6	54,0	30,0	10,4	1,1	61,9	32,8	4,1
Marche	7,6	58,1	29,0	5,1	0,8	61,2	33,0	4,4
Lazio	5,4	59,2	25,6	8,4	1,0	56,9	34,3	6,3
Abruzzo	5,6	60,2	27,7	6,1	0,6	57,5	35,2	6,2
Molise	7,5	55,3	28,7	8,0	0,2	57,7	35,1	6,4
Campania	3,7	58,5	26,8	10,6	0,5	49,0	41,8	8,1
Puglia	4,8	60,1	25,8	8,5	0,4	57,5	33,9	7,1
Basilicata	5,9	56,7	30,2	6,6	0,9	51,1	40,6	6,8
Calabria	4,7	54,4	31,6	8,8	0,7	43,6	46,9	8,3
Sicilia	4,7	50,9	30,7	13,2	1,2	46,7	42,7	8,7
Sardegna	6,6	53,1	28,3	11,6	1,3	50,0	39,1	9,3
Nord-ovest	7,8	59,4	26,5	6,0	1,8	64,5	29,4	3,8
Nord-est	7,4	59,4	26,4	6,7	1,3	63,5	29,8	4,5
Centro	6,4	59,2	25,5	8,0	1,0	59,9	32,7	5,2
Sud	4,5	58,4	27,5	9,0	0,5	51,8	39,4	7,5
Isole	5,2	51,5	30,1	12,8	1,3	47,5	41,7	8,8
ITALIA	6,4	58,3	26,9	7,9	1,2	58,8	33,6	5,6

Fonte: tratto con adattamenti da Istat – Annuario statistico italiano 2016

Apparentemente positivo, invece, il quadro complessivo sul versante lavorativo (Figura 4). Il tasso di disoccupazione totale, come è possibile vedere dalla figura che segue, è infatti sceso nel periodo 2012-2015, nonostante un leggero incremento che si era registrato nel 2014. Per il 2016, tuttavia, pur non disponendo ancora del dato complessivo, i dati trimestrali rivelano un primo piccolo incremento nel primo trimestre, con un tasso di disoccupazione pari al 20,3%, il tasso sembra essere nuovamente sceso nei trimestri successivi, facendo registrare un valore pari al 20% nel secondo trimestre e pari al 19,4% nel terzo. Nonostante questo decremento registrato negli ultimi anni, la Campania era - nel 2015 - la regione con il maggior numero disoccupati che risultavano pari a 389.166 e questo numero è cresciuto ulteriormente nel 2016: nel terzo trimestre dell'anno, sempre secondo quanto riportato dall'ISTAT, il numero assoluto dei disoccupati era pari a 400.477 persone. In leggero calo, infine, il numero degli inattivi, passato dalle 1.981 persone registrate nel 2015 alle 1.865 persone alla fine del terzo trimestre del 2016.

Figura 4 – Tasso di disoccupazione nella Regione Campania

(valori percentuali)



Fonte: tratto con adattamenti da Istat – Annuario statistico italiano 2016

4.1.2 Profilo criminologico del territorio

Anche a fronte del quadro economico e sociale ricostruito poc'anzi, anche in tema di sicurezza, giustizia e legalità la Regione Campania si configura come un contesto particolarmente critico (Tabella 2).

Tabella 2 (parte I) - Delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria (anno 2014)

	Tipologia di delitto				
	Omicidi volontari consumati	Omicidi volontari tentati	Lesioni dolose	Violenze sessuali	Sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione
Campania	1,1	2,8	114,0	5,1	1,7
Nord-ovest	0,6	1,8	108,1	7,6	1,6
Nord-est	0,3	1,0	102,6	7,8	1,9
Centro	0,9	1,9	110,6	7,6	2,4
Sud	1,1	2,9	110,3	5,6	1,6
Isole	1,1	2,8	115,2	6,1	1,5
Italia	0,8	2,1	108,9	7,0	1,8

Fonte: adattamento da Annuario statistico italiano di statistica (2016)

Con riferimento al tasso di *omicidi*, la Regione Campania presenta nel 2014 un tasso pari a 1,1 per gli omicidi consumati per 100.000 abitanti e un tasso pari a 2,8 per i tentati omicidi. Il dato è superiore alla media nazionale (0,8), mentre risulta essere perfettamente allineato con il tasso registrato nelle altre regioni del Sud Italia. La differenza rispetto alla media nazionale, seppur marginale, e le differenze territoriali sono parzialmente dovute alla diversa incidenza degli omicidi di criminalità organizzata che secondo statistiche e precedenti ricerche sono presenti principalmente nelle regioni del Mezzogiorno. Questa tipologia di omicidi sembrerebbe essere in calo rispetto ai decenni passati, ma tale diminuzione non si è distribuita in modo uniforme tra le regioni più interessate (Calabria, Campania, Puglia e Sicilia). Tuttavia questo elemento non può non essere preso in considerazione considerata la sua rilevanza ai fini dell'impostazione del sistema regionale di prevenzione della corruzione, dal momento che le ricerche sulla criminalità organizzata evidenziano che i due strumenti tradizionali dell'azione delle organizzazioni criminali sono la violenza e la corruzione. Poiché i due fenomeni sono strettamente interconnessi e posto che, a differenza della violenza, la corruzione resta un fenomeno meno visibile, il livello di attività criminale violenta può essere utilizzato come un indicatore indiretto del livello di utilizzo della corruzione da parte delle organizzazioni criminali.

Guardando al dato sulle *violenze sessuali*, invece, il tasso rilevato per la Regione Campania è più basso rispetto sia al dato di tutte le regioni meridionali considerate complessivamente, sia al dato relativo alla media nazionale. Al contrario, i dati relativi alle *lesioni dolose* mostrano quanto sia più alto il dato della Regione Campania, sia rispetto al dato della ripartizione geografica a cui la regione appartiene (ovvero il sud), sia rispetto al dato nazionale.

Tabella 2 (parte II) - Delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria (anno 2014)

	Tipologia di delitto					
	Furti	Rapine	Estorsioni	Truffe e frodi informatiche	Ricettazione	Normativa sugli stupefacenti
Campania	1.844,8	140,6	19,2	278,1	44,8	48,0
Nord-ovest	3.074,0	71,1	12,2	235,7	39,8	53,3
Nord-est	2.748,1	39,0	10,8	212,8	36,5	46,1
Centro	2.989,5	57,4	12,2	207,7	48,2	75,0
Sud	1.847,4	84,9	18,3	230,5	40,8	49,0
Isole	1.985,1	63,1	13,7	188,0	39,3	48,5
Italia	2.588,0	64,5	13,5	219,2	41,0	54,7

Fonte: tratto con adattamenti da Istat – Annuario statistico italiano 2016

Relativamente ai *furti* la Regione Campania presenta valori inferiori alla media italiana, mentre è in linea con quelli delle altre regioni del Mezzogiorno. Dato quest'ultimo che evidenzia un peggioramento di tendenza poiché nel 2012 la regione presentava – per 100.000 abitanti – un dato più basso rispetto alle altre regioni del sud.

Sulle *rapine*, la Regione Campania fa registrare un primato nazionale con un tasso pari a 140,6 rapine per 100.000 abitanti. Il dato, infatti, risulta essere pari a più del doppio rispetto alla media nazionale, configurando una situazione particolarmente critica su questo fronte.

Anche per quanto riguarda le *estorsioni* il quadro appare fortemente critico. Il dato registrato nel corso del 2014 per la Regione Campania (19,2 estorsioni per 100.000 abitanti) è superiore sia al dato medio nazionale (13,5 estorsioni), sia al dato medio registrato per tutte le altre aree geografiche italiane. La medesima situazione si evidenzia anche per il reato di *truffe e frodi informatiche*. Anche per le ricettazioni il dato regionale è superiore al dato medio nazionale e a quello delle altre aree geografiche, ad eccezione del centro Italia per cui si sono avute 48,2 reati di ricettazioni per 100.000 abitanti.

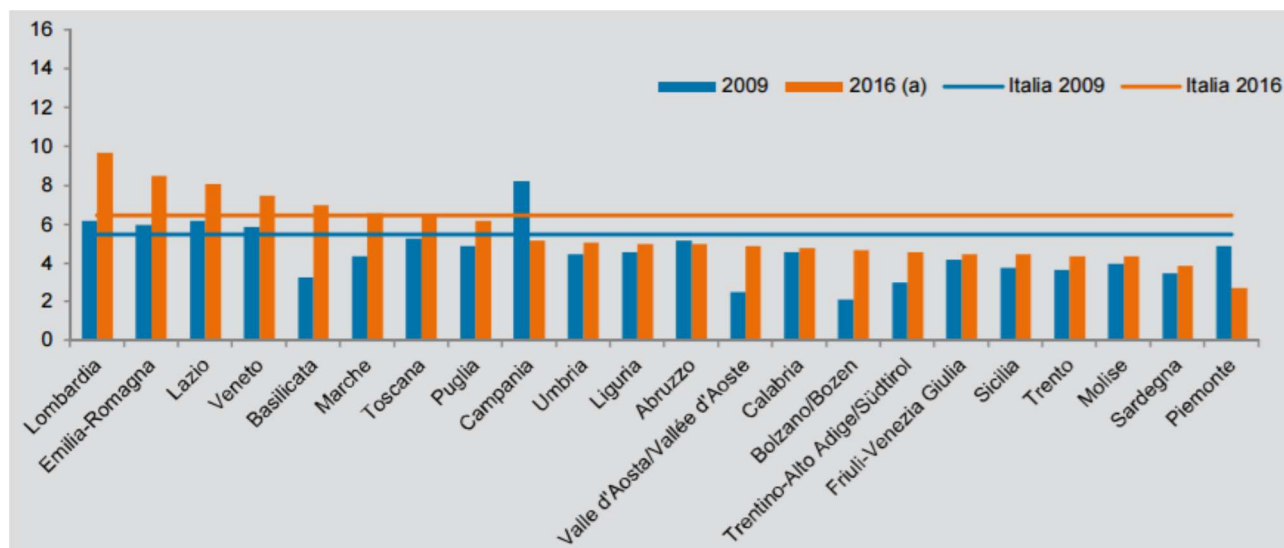
Da ultimo, con riferimento alla *normativa sugli stupefacenti* – come si può constatare dalla seconda parte della tabella 2 - il dato riferito alla Regione Campania è risultato inferiore per il 2014 sia al dato d'area, sia al dato nazionale.

Dati altrettanto significativi emergono con riferimento agli indicatori soggettivi relativi alla sicurezza. Il *senso di sicurezza della popolazione* è un fenomeno di rilievo perché riguarda grandi fasce della popolazione e incide anche sulle politiche di contrasto alla corruzione: tanto meno le persone sono sicure, tanto più bassa sarà la propensione a denunciare i reati e questo può a sua volta indebolire il sistema di prevenzione e contrasto delle diverse forme di illegalità (tra cui la corruzione).

Come illustrato nella figura che segue, nel 2016, la paura di poter subire un reato è stata vissuta maggiormente da chi vive al Nord (7,3%) e al Centro (7,1%), mentre è più bassa al Sud (5,1%). In particolare, per la Campania si registra una diminuzione dell'indicatore con variazioni particolarmente significative, rispetto a quanto rilevato nel 2009 (dall'8,2% del 2009 al 5,2% del 2016).

Figura 5 – Livello di sicurezza (paura di poter subire un reato)

(valori percentuali)



Fonte: rapporto Bes 2016

Da ultimo, per completare il profilo criminologico del territorio, dati più specifici si possono avere analizzando l'incidenza dei reati di corruzione o affini. Anche in questo caso, i dati confermano e rafforzano le indicazioni finora emerse in merito alla particolare criticità del contesto campano.

Tabella 3 – Dati su corruzione e concussione

(valori del 2011 per 100.000 abitanti)

	Campania	Italia
Reati per i quali è stata avviata l'azione penale - concussione	1,23	0,72
Reati per i quali è stata avviata l'azione penale - corruzione	3,05	1,24
Condannati per concussione	0,26	0,57
Condannati per corruzione	1,35	0,76

Fonte: Tratto da A.N.AC. (2013), *Corruzione sommersa e corruzione emersa in Italia: modalità di misurazione e prime evidenze empiriche*

Analizzando i dati riportati in tabella, si può notare che nel 2011 in Campania sono stati rilevati 3,05 casi di avvio dell'azione penale per fatti di corruzione (artt. 318-319-319 ter-320-322 c.p.) ogni 100.000 abitanti. Si tratta del dato più elevato in Italia, con una differenza significativa rispetto alla totalità del Paese (1,24). Anche per i reati di concussione (art.317 c.p.) la situazione appare critica, considerando che, nel 2011 in Campania sono stati rilevati 1,23 casi ogni 100.000 abitanti, con una differenza significativa rispetto al dato complessivo del paese (0,72).

4.2 Il contesto interno

L'analisi del contesto organizzativo interno risulta utile ad evidenziare sia il sistema di responsabilità, sia il complesso livello connesso alle dimensioni dell'organizzazione della Regione Campania.

Il diverso livello di responsabilità e la complessa organizzazione incidono indubbiamente sul livello di attuazione ed efficacia del sistema regionale di prevenzione della corruzione.

Fino ad oggi, la Giunta regionale della Campania, con il Regolamento 12/2011 e ss.mm.ii. ha adottato una struttura che vede uffici che supportano l'organo di direzione politica con funzioni di raccordo tra questo e l'amministrazione regionale (*U.D.C.P.- Uffici di diretta collaborazione del Presidente*) ed una struttura amministrativa/operativa su più livelli che vedeva al suo apice 5 *Dipartimenti* articolati in 15 *Direzioni Generali* a loro volta articolate in *Unità Operative Dirigenziali* (U.O.D.) che curano l'attuazione dei progetti e la gestione degli atti e provvedimenti amministrativi, esercitando anche poteri di spesa (per un totale al 31.12.2016 di 172 UOD).

L'intera struttura si completa con:

- *Segreteria di Giunta* (1);
- *Autorità di AUDIT* (1);
- *Datore di Lavoro* (1);
- *Uffici Speciali* (6): sono strutture di livello dirigenziale generale poste alle dirette dipendenze del Presidente della Giunta Regionale, che svolgono compiti di servizio per le strutture amministrative della Giunta e, nei casi previsti, del Consiglio regionale, degli enti regionali, delle società partecipate dalla Regione e degli enti locali, in posizione di autonomia funzionale (7);
- *Uffici di Staff alle Direzioni Generali, agli Uffici Speciali e agli Uffici di cui all'art. 37 del Regolamento 12/2011* (n. 66).
- *Ufficio di Staff "Raccordo con le Autorità di gestione dei Fondi europei e responsabile del Piano di rafforzamento amministrativo"* (n.1).
- *Uffici di livello dirigenziale per strutture di missione o posizioni dirigenziali individuali* (n. 8).

Inoltre, il regolamento 12/2011 (art. 36) prevede l'istituzione di "Strutture di Missione" che al momento sono 3.

La Giunta nel corso del mese di ottobre con la DGR 535/2016 è intervenuta per ridurre la complessità organizzativa e ridisegnare l'ordinamento amministrativo per una migliore e più snella funzionalità, sopprimendo i Dipartimenti.

Le modifiche regolamentari hanno ridefinito i vertici amministrativi della Giunta Regionale, facilitando il percorso attuativo delle misure normative e delle azioni amministrative, ivi comprese quelle conseguenti alla

realizzazione degli impegni assunti presso il Consiglio regionale. Al tempo stesso questa misura rende più immediata l'individuazione dei responsabili dei procedimenti velocizzandone i tempi. In particolare, sopprimendo i Dipartimenti, sono state ripartite tra le direzioni generali alcune funzioni, razionalizzando altresì i compiti del Comitato di Coordinamento Interdipartimentale, ridenominato Comitato di Coordinamento Interdirezionale.

Successivamente con la DGR 619/2016 la Giunta è intervenuta per la ridefinizione dell'intera struttura portando così dalle iniziali 350 unità previste dal Regolamento 12/2011 a 270 le strutture complessive della Regione Campania.

Con riferimento alla dimensione organizzativa, la Giunta regionale della Campania ha una dotazione di 4.803 unità di personale a tempo indeterminato in servizio al 31/12/2016 (Tab. 1). La dimensione è particolarmente rilevante e determina un ulteriore fattore di complessità in termini di attuazione del sistema di prevenzione della corruzione.

Tabella 1- Personale a tempo indeterminato in servizio al 31/12/2016

Personale a tempo indeterminato al 31.12.16	N. dipendenti
DIRIGENTI	181
CATEGORIA D	1.962
CATEGORIA C	1.719
CATEGORIA B	618
CATEGORIA A	310
TOTALE	4.790

La dotazione risulta di sole 13 unità in meno rispetto al prospetto dell'anno precedente perché come previsto dalla legge 7 aprile 2014, n. 56 e della legge 23 dicembre 2014, n. 190 sul riordino delle funzioni amministrative non fondamentali delle province, la Giunta Regionale della Campania con propria legge n. 14/2015 ha provveduto all'inserimento nei propri ruoli di 205 dipendenti, provenienti appunto dagli enti di area vasta.

4.2.1 Soggetti e ruoli della strategia regionale di prevenzione della Corruzione

Coerentemente a quanto previsto dalla normativa e dal Piano Nazionale Anticorruzione 2016, il sistema regionale di prevenzione della corruzione si basa sull'azione sinergica di una pluralità di attori, con ruoli, responsabilità e competenze differenti.

- a) **L'Organo di indirizzo**, che ha il compito di: individuare il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (art.1, c.7, legge n.190/2012 come novellato dall'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016). Inoltre, ai sensi dell'art. 1, c.8, della legge n.190/2012 come novellato dall'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016, *"l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno e ne cura la trasmissione all'Autorità nazionale anticorruzione. Negli enti locali il Piano è approvato dalla giunta"*. Infine, ai sensi dell'art. 1, c.14, della legge 190/2012 come novellato dall'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016 *"entro il 15 dicembre di ogni anno, il dirigente individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo trasmette all'organismo indipendente di valutazione e all'organo di indirizzo dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda o qualora il dirigente responsabile lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce sull'attività"*.
- b) Il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza** (RPCT), che svolge i compiti indicati dalla legge n. 190 del 2012 e ss.mm.ii. In particolare: a) segnala all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza; b) elabora la proposta di PTPCT, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico di ciascuna amministrazione; c) definisce procedure per selezionare e formare i dipendenti operanti in settori particolarmente esposti alla corruzione; d) verifica l'attuazione del Piano; e) propone modifiche al Piano in caso di significative violazioni o di mutamenti nel contesto di riferimento; f) verifica l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione e della misura della rotazione degli incarichi; g) individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità; h) elabora e trasmette all'organismo indipendente di valutazione e all'organo di indirizzo dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito web dell'amministrazione; i) vigila sul rispetto delle norme in materia di

inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali. Per tutti i compiti in materia di trasparenza e anticorruzione in capo al RPCT si rimanda in ogni caso alla normativa nazionale di riferimento;

- c) **L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)**, che, ai sensi dell'1, co. 8 bis, della legge n. 190/2012 come introdotto dall'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016 ed in linea con quanto già disposto dall'art. 44 del D.Lgs. n. 33/2013: a) verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza; b) verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza; c) a tal fine, può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti; d) riferisce all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Inoltre, l'OIV e) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza (art. 14, co. 4, lett. g), D.Lgs. n. 150/2009); f) verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel Piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44 D.Lgs. n. 33/2013); g) riceve dal RPCT segnalazioni sui casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione (art. 43 D.Lgs. n. 33/2013); e) esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento che l'amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, D.Lgs. n. 165/2001; h) riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione dei PTPCT (art. 1, co. 7, legge n. 190/2012). Per tutti i compiti in materia di trasparenza e anticorruzione in capo all'O.I.V. si rimanda in ogni caso alla normativa nazionale di riferimento ed agli atti regolamentari ed organizzativi dell'Ente;
- d) **I Referenti per la prevenzione della corruzione.** I Referenti sono stati individuati dal RPCT nelle figure dei dirigenti apicali delle strutture amministrative, previste dal Regolamento 12/2011 (Dirigenti delle Direzioni Generali, Responsabili degli Uffici Speciali, delle Strutture di Missione, dell'Ufficio del Datore di Lavoro, Autorità di Audit) e, per gli Uffici di diretta collaborazione del Presidente della Giunta Regionale, nel Capo di Gabinetto o suo delegato. Le recenti modifiche normative dell'art. 16 del D.Lgs. n. 165/2001 hanno infatti attribuito ai dirigenti di livello dirigenziale generale specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione. Con le nuove norme è stata affiancata all'attività del Responsabile per la prevenzione della corruzione l'attività dei dirigenti, ai quali sono affidati poteri propositivi e di controllo e vengono attribuiti obblighi di collaborazione, monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione. Inoltre, nell'Intesa sancita il 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge n.

190/2012, viene esplicitamente richiamata la possibilità da parte degli Enti di individuare dei “referenti” per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, come punti di riferimento per la raccolta delle informazioni e per le segnalazioni. I referenti pertanto coadiuvano il RPCT, monitorano le attività esposte al rischio di corruzione, adottano i provvedimenti atti a prevenire i fenomeni corruttivi e sono corresponsabili nella promozione e adozione di tutte le misure atte a garantire l'integrità dei comportamenti individuali nell'organizzazione. Nel dettaglio i referenti sono chiamati a:

- ✓ collaborare con il RPCT nell'attività di mappatura dei processi, nell'analisi e valutazione del rischio e nella individuazione di misure di contrasto;
 - ✓ provvedere al monitoraggio periodico, secondo le indicazioni del RPCT, delle attività svolte nell'ufficio a cui sono preposti, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, formulando specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
 - ✓ concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, controllandone il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;
 - ✓ proporre al RPCT l'adozione di provvedimenti atti a prevenire i fenomeni corruttivi all'interno delle strutture di appartenenza;
 - ✓ collaborare all'attività di monitoraggio dell'attuazione delle misure di contrasto previste dal Piano, raccogliendo i dati richiesti dal RPCT;
 - ✓ provvedere alla costituzione/aggiornamento di un gruppo di lavoro composto da personale dirigenziale e non, all'interno delle strutture di competenza, che supporti la realizzazione delle attività su indicate.
- e) I **gruppi di lavoro individuati a supporto dei Referenti della prevenzione della corruzione**, i cui componenti collaborano con i Referenti nell'implementazione delle attività di cui al punto precedente.
- f) I **Referenti della Trasparenza**, individuati per ciascuna struttura complessa nella figura di un dirigente chiamato a garantire, tra l'altro, il tempestivo e regolare flusso delle informazioni oggetto di pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale dell'Ente.
- g) L'**Ufficio Speciale per il controllo e la vigilanza su Enti e Società Partecipate**, che, in raccordo con le strutture competenti *ratione materiae*, coadiuva il RPCT nell'attività di verifica e monitoraggio del rispetto delle disposizioni normative in materia di trasparenza e anticorruzione nell'ambito delle Società partecipate e degli enti e organismi, diversi dalle società, partecipati o controllati dalla Regione.
- h) Tutti i **dirigenti** per l'area di rispettiva competenza. Essi: a) svolgono un'attività informativa nei confronti del RPCT e dell'autorità giudiziaria; b) collaborano attivamente al fine di assicurare la corretta attuazione del presente Piano e della normativa in materia di prevenzione della corruzione;

c) partecipano al processo di gestione del rischio; d) propongono le misure di prevenzione; e) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e ne verificano le ipotesi di violazione; f) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale e osservano le misure contenute nel PTPCT.

- i) L'**Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)**, individuato nella UOD 50.14.02 *"Contenzioso del lavoro in collaborazione con l'Avvocatura regionale - Ufficio Disciplinare"*, il quale svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza, provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.
- j) I **dipendenti**. Tutti i dipendenti sono chiamati a: a) partecipare al processo di gestione del rischio; b) osservare le misure contenute nel PTPCT; c) segnalare le situazioni di illecito nelle modalità stabilite dalla legge e dalle procedure interne; d) comunicare le situazioni di conflitto di interessi.
- k) I **collaboratori** a qualsiasi titolo dell'amministrazione. Tutti i collaboratori devono osservare le misure contenute nel PTPCT, conformando il proprio comportamento alle disposizioni contenute nel Codice di Comportamento e segnalando, altresì, le situazioni di illecito.

Infine, con riferimento all'AUSA – Anagrafe unica delle stazioni appaltanti – il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante dell'Amministrazione (**RASA**) è individuato nella figura del Responsabile della U.O.D. "Centrale acquisti, Procedure di finanziamento di progetti relativi ad infrastrutture".

5. Il processo di elaborazione e adozione del Piano

Il processo di elaborazione e adozione del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e della Trasparenza 2017-2019 della Giunta Regionale della Campania si è configurato come un percorso partecipato e strutturato.

In particolare, nella stesura del presente Piano si è tenuto conto:

- delle prescrizioni normative in materia di anticorruzione e trasparenza;
- delle indicazioni fornite dai Piani Nazionali Anticorruzione 2013, 2015 e 2016;
- degli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza contenuti nel Documento di Economia e Finanza Regionale – DEFER 2017, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 266 del 7/06/2016, confermati dall'organo di indirizzo dell'Ente con nota del Presidente della Giunta Regionale del 23/01/2017;
- degli ulteriori obiettivi strategici individuati dall'organo di indirizzo dell'Ente con nota del Presidente della Giunta Regionale del 26/01/2017;

- dei risultati dell'attività in materia di anticorruzione e trasparenza svolta nel 2016, come contenuta nella Relazione annuale redatta dal RPCT ai sensi dell'art.1, co.14, della legge n.190/2012 e ss.mm.ii.;
- di specifiche indicazioni fornite da A.N.AC. su taluni processi dell'Ente (accreditamento strutture sanitarie e sociosanitarie del Sistema Sanitario Regionale).

L'elaborazione del Piano da parte del RPCT è stata realizzata con la proficua collaborazione di dirigenti e funzionari della Direzione Generale per le Risorse Umane e, per le statistiche sugli accessi al sito istituzionale dell'Ente, del gruppo di redazione del portale regionale.

In particolare, sul tema dell'anticorruzione hanno collaborato, per la Direzione Generale per le Risorse Umane, i dirigenti Lorenzo Masi, Maria Stefania Panza, Patrizia Santillo, Bruno De Filippis ed i funzionari Rosa Iovine, Giuseppine Di Micco, Maria Rosaria Schmid, Davide Di Blasi, Lucia Colarieti e Barbara Di Serafino.

Sul tema della trasparenza, hanno collaborato, sempre per la Direzione Generale per le Risorse Umane, la dirigente Luisa Aliperta ed i funzionari Giuliana Grisard e Massimiliano Vaccà. In ordine alle statistiche sugli accessi, hanno collaborato i funzionari Dario Fonzo e Giorgio Izzillo della struttura che cura la redazione del portale istituzionale dell'Ente.

Infine, per i processi su cui è stata effettuata l'analisi e valutazione del rischio, ci si è avvalsi del supporto tecnico di FormezPA¹ e sono stati coinvolti i Referenti per la prevenzione della corruzione delle strutture interessate ed i dirigenti delle Unità Operative Dirigenziali titolari dei processi in questione o competenti per singole fasi degli stessi.

6. Collegamenti tra il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e gli altri strumenti di programmazione

Il Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2019 si coordina con gli strumenti di controllo già esistenti nell'amministrazione nonché con gli altri strumenti del ciclo di gestione della performance.

Le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 alla normativa anticorruzione e, in particolare, il comma 8 bis introdotto all'art. 1 della legge n.190/2012 dall'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016, stabiliscono un forte nesso tra i Piani di prevenzione della corruzione e gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione; il comma

¹ L'attività di supporto è stata realizzata da FormezPA nell'ambito delle attività previste dall'Accordo di collaborazione stipulato in data 5/06/2013 con il Dipartimento della Funzione Pubblica e dalla successiva Convenzione tra DFP e FormezPA del 25/07/2013 per la realizzazione di un *Programma integrato di interventi per favorire lo sviluppo della capacità istituzionale delle amministrazioni della Regione Campania*, nonché nel successivo *Atto Aggiuntivo* alla Convenzione dell'11/02/2016

citato infatti stabilisce che l'Organismo indipendente di Valutazione verifichi, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i Piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Inoltre, il comma 8 dell'art. 1 della legge n.190/2012, come novellato dall'art.41 del D.Lgs. n. 97/2016 prescrive che *“l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza”* e che questi ultimi *“costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione”*.

La connessione tra obiettivi di performance e misure di trasparenza viene altresì confermata dal D.Lgs. n. 33/2013 che, all'art. 10, stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisca un obiettivo strategico di ogni amministrazione.

Risulta pertanto cogente ed indispensabile un'azione sinergica e condivisa tra le azioni programmatiche di cui al presente Piano e quelle previste nei documenti programmatici.

Sulla individuazione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza definiti dall'Ente e sul loro recepimento nel presente Piano ci si è soffermati nel paragrafo 3 del presente documento.

In ordine al collegamento con il Piano della performance dell'Ente, saranno previsti in detto documento obiettivi e indicatori correlati all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. Dell'esito del raggiungimento di questi obiettivi verrà dato specificamente conto nell'ambito della Relazione delle performance.

7. Il processo di gestione del rischio corruttivo. Metodologia e fasi

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza *“rappresenta lo strumento attraverso il quale l’amministrazione sistematizza e descrive un “processo” - articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente - che è finalizzato a formulare una strategia di prevenzione”*².

L’Aggiornamento 2015 al PNA e il PNA 2016 hanno ulteriormente ribadito che, da un punto di vista metodologico, il processo di elaborazione del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione debba fondarsi su tecniche di gestione del rischio (*risk management*). Queste ultime sono costituite da un insieme di attività che consente di dirigere, monitorare e controllare il livello di rischio cui un’organizzazione può essere soggetta³. L’obiettivo del *risk management* è quello di:

- individuare le attività, svolte dall’organizzazione, nell’ambito delle quali si possono verificare specifici eventi rischiosi, in grado di minare il raggiungimento degli obiettivi organizzativi;
- valutare il livello di esposizione al rischio dell’organizzazione;
- ridurre in maniera significativa il rischio individuato, attraverso la progettazione di misure specifiche di prevenzione.

A livello internazionale, esistono numerosi modelli e strumenti utilizzati per la gestione del rischio⁴. Tuttavia, tra i modelli esistenti, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza della Giunta Regionale della Campania ha utilizzato come riferimento generale la norma internazionale ISO 31000:2009⁵. Tale scelta non è motivata soltanto dall’esigenza di *compliance* rispetto alle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (il quale rinvia appunto alla norma ISO 31000), ma è stata frutto di una riflessione più profonda e, in particolare, della progressiva acquisizione di consapevolezza sull’utilità di tale standard, sia come strumento analitico, sia come strumento formativo. Infatti, nell’ambito del processo di elaborazione del Piano, da un lato, si è proceduto a realizzare un’applicazione generale dei principi previsti dalla norma ISO 31000 e, dall’altro, è stata effettuata un’applicazione sperimentale di una serie di tecniche avanzate suggerite da tale norma.

² Piano Nazionale Anticorruzione - Allegato 1 Soggetti, azioni e misure finalizzati alla prevenzione della corruzione, (2013), pag. 10.

³ Definizione riadattata dallo standard ISO 31000.

⁴ Per citare i più noti: l’IRM, AIRMIC, ALARM, lo standard AS/NZS 4360:2004, l’Orange Book, lo standard COSOERM e lo standard ISO 31000:2009.

⁵ ISO 31000:2009, Risk management — Principles and guidelines.

Occorre preliminarmente rilevare che la norma ISO 31000 contiene indicazioni di carattere generale sulle caratteristiche che deve possedere un sistema strutturato di gestione del rischio a livello organizzativo. Gli ulteriori suggerimenti pratici e operativi sulle modalità di implementazione del sistema sono contenuti, invece, in apposite norme tecniche di dettaglio.

Secondo la norma ISO 31000, la prevenzione del rischio dovrebbe basarsi sui tre fondamentali pilastri che compongono l'architettura del "Sistema di Gestione del Rischio":

- i Principi generali,
- il Disegno del Sistema (Framework),
- il Processo di gestione del rischio.

I principi generali a cui deve essere improntato il "Sistema di Gestione del Rischio" richiamano l'importanza di seguire un approccio proattivo e non di mero adempimento burocratico. La norma ISO 31000 indica, tra l'altro, che la gestione del rischio deve essere:

- improntata al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia (creazione di valore),
- parte integrante dei processi dell'organizzazione e del processo decisionale,
- sistematica, strutturata e tempestiva,
- basata sulle migliori informazioni possibili,
- realizzata "su misura", ossia tenendo conto delle specificità del processo organizzativo,
- tener conto dei fattori umani e culturali,
- trasparente ed inclusiva,
- dinamica, iterativa e reattiva al cambiamento.

Tali principi sono stati ribaditi e, in parte, ulteriormente ampliati nell'Aggiornamento 2015 al PNA. In tale documento, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha ulteriormente precisato che la gestione del rischio di corruzione⁶:

- non deve essere un processo formalistico né un mero adempimento burocratico,
- deve supportare concretamente la gestione,
- deve essere realizzata garantendo l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione (ciclo di gestione della performance e controlli interni),
- deve ispirarsi ad una logica di miglioramento continuo e graduale,
- implica l'assunzione di responsabilità,

⁶ A.N.AC. (2015), *Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione - Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015*, pag. 15.

- tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno di ogni singola amministrazione nonché di quanto già attuato,
- è un processo trasparente e inclusivo,
- è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
- non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive.

Con riferimento al *Disegno del Sistema (Framework)* la norma ISO 31000 prevede che, successivamente alla definizione della *policy* interna di gestione del rischio (c.d. “Mandato e Impegno”), siano svolti i seguenti passaggi:

- progettazione della struttura di riferimento per la gestione del rischio,
- attuazione della gestione del rischio,
- monitoraggio e riesame della struttura di riferimento,
- miglioramento continuo della struttura di riferimento.

In altri termini, i passi operativi susseguenti alla definizione della *policy* prevedono che l'organizzazione:

- a) definisca una tempistica e una strategia appropriate per attuare la gestione del rischio;
- b) applichi la politica ed il processo di gestione del rischio ai processi organizzativi;
- c) si assicuri che il processo decisionale sia in linea con gli esiti dei processi di gestione del rischio;
- d) svolga sessioni di formazione e addestramento;
- e) comunichi e si consulti con i portatori di interesse, per assicurare che la propria struttura di riferimento rimanga adeguata.

Con riferimento al *processo di gestione del rischio* la norma ISO 31000 prevede lo svolgimento di tre fasi principali:

- definizione del contesto,
- valutazione del rischio (identificazione, analisi, ponderazione),
- trattamento del rischio.

Trasversalmente a tali fasi sono richieste adeguate attività di comunicazione e monitoraggio.

Il processo di gestione del rischio deve essere ripetuto per ogni ambito di potenziale rischio, in ogni area e livello organizzativo, così come nelle specifiche funzioni, progetti e attività. Considerato che ogni specifico settore dell'organizzazione è connotato da particolari necessità, interlocutori, percezioni e criteri, è fondamentale definire il contesto esterno e interno come attività iniziale del processo. Da ciò discende il principio che la gestione del rischio deve essere costruita “su misura”: affinché la gestione del rischio sia realmente efficace, ogni situazione deve essere quindi analizzata e gestita, tenendo conto delle specificità.

La metodologia applicata per la redazione del presente Piano è fondata sui tre summenzionati pilastri del “Sistema di Gestione del Rischio” proposti dalla norma ISO 31000. Essa ha inoltre tenuto conto di ulteriori modelli e standard applicati a livello internazionale, tra cui in particolare:

- la guida *“Managing the Business Risk of Fraud: A practical guide”* elaborata da un team di lavoro internazionale e sponsorizzata dall’*Association of Certified Fraud Examiners (ACFE)*, dall’*Institute of internal Auditors* e dal *The American Institute of Certified Public Accountants (AICPA)*;
- la guida denominata *“A Guide for Anti-Corruption risk Assessment”* elaborata dall’*Anti-Corruption Risk Assessment Taskforce* creata in seno all’*United Nations Global Compact Office*.

In sintesi, gli elementi essenziali della metodologia utilizzata nella presente edizione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) della Regione Campania confermano e sviluppano l’impostazione metodologica già seguita nelle precedenti edizioni, anche tenendo conto delle indicazioni fornite dall’A.N.AC. nell’Aggiornamento 2015 al PNA e dal PNA 2016.

Per la progettazione e implementazione della metodologia – e con particolare riferimento all’attività di formazione interna, di trasferimento della metodologia e degli strumenti tecnici da utilizzare – la Regione Campania si è avvalsa del supporto tecnico di FormezPA, nell’ambito delle attività previste dall’Accordo di collaborazione stipulato in data 5/06/2013 con il Dipartimento della Funzione Pubblica e dalla successiva Convenzione tra DFP e FormezPA del 25/07/2013 per la realizzazione di un *Programma integrato di interventi per favorire lo sviluppo della capacità istituzionale delle amministrazioni della Regione Campania*⁷, nonché nel successivo *Atto Aggiuntivo* alla Convenzione dell’11/02/2016.

7.1 Fase 1 - Definizione del contesto e mappatura dei processi

Lo standard ISO 31000 individua, come prima fase del processo di gestione del rischio, la definizione del contesto interno ed esterno, al fine di comprendere le caratteristiche dell’ambiente esterno in cui l’organizzazione opera, nonché le modalità operative adottate e le attività che essa svolge per il raggiungimento dei propri fini.

L’analisi del contesto esterno è stata sviluppata elaborando i dati oggettivi (statistiche giudiziarie) e soggettivi (dati di percezione), relativi ai fenomeni di corruzione e altre forme di illegalità. Attraverso il confronto dei dati relativi al territorio campano con quelli relativi agli altri contesti regionali, è stato possibile individuare il profilo generale di rischio corruttivo che rivela una particolare esposizione del territorio campano al

⁷ Il programma prevede una specifica Linea di intervento (Linea 4) avente ad oggetto lo “Sviluppo di un Piano di Prevenzione della corruzione, redatto sulla base del Protocollo anticorruzione tra il Dipartimento della Funzione Pubblica e Regione Campania del 17maggio 2012” ed è finanziato a valere sull’Asse VII Capacità Istituzionale – Obiettivo Specifico o) - Obiettivo Operativo o.1) POR FSE Campania 2007/2013.

fenomeno e una conferma delle quattro aree di rischio cosiddette “obbligatorie” quali ambiti da sottoporre a interventi di mitigazione. I risultati dell’analisi del contesto esterno sono riportati nel paragrafo 4.1.

L’analisi del contesto interno, oltre ai dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa (si veda in proposito quanto riportato nel paragrafo 4.2), si è basata sulla rilevazione e analisi dei processi organizzativi al fine di identificare quelle aree che, in ragione della natura e della peculiarità dell’attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischio corruttivo.

7.1.1 Individuazione delle aree di rischio: aree di rischio “generali” e aree di rischio “specifiche”

Le “Aree a rischio corruzione”, secondo la determinazione A.N.AC. n. 12 del 2015, non modificata dal PNA 2016, si distinguono in “Generali”, riscontrabili in tutte le pubbliche amministrazioni, e “Specifiche”, ovvero individuate dalle singole Amministrazioni in base alla tipologia di ente di appartenenza (Ministero, Regione, Comune, ecc.) e agli elementi di contesto, esterno e interno, in cui si trovano ad operare e dei conseguenti rischi correlati.

Aree a rischio “generali”

In via preliminare si rende necessario individuare quelle categorie di attività amministrative che, per le loro caratteristiche, devono essere necessariamente presidiate. Il Piano Nazionale Anticorruzione del 2013 (allegato 1 punto B.1), pur evidenziando che le Aree a rischio corruzione variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla singola amministrazione, specifica che l’esperienza internazionale e quella nazionale mostrano che vi sono aree a rischio ricorrenti, rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni risultano esposte e che sono indicate all’art. 1, comma 16, della L. n. 190/2012. Tenuto conto dell’indicazione normativa relativa ai procedimenti elencati nell’art. 1 comma 16 della l. 190/2012, il PNA 2013 ha ricondotto detti procedimenti alle quattro aree di rischio obbligatorie (1. Acquisizione e progressione del personale, 2. Affidamento di lavori, servizi e forniture, 3. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario; 4. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario); ciascuna di queste Aree è stata a sua volta articolata in sotto-aree.

Con la determinazione n. 12 del 2015, in sede di prima modifica del PNA, l’A.N.AC. ha stabilito che, oltre alle Aree sopra citate, comunque *“vi sono attività svolte in gran parte delle amministrazioni ed enti, a prescindere dalla tipologia e dal comparto, che ... sono riconducibili ad aree con alto livello di probabilità di eventi rischiosi”*. Il riferimento è alle aree relative allo svolgimento di attività di:

- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- incarichi e nomine;
- affari legali e contenzioso.

Unitamente alle quattro Aree già denominate dal PNA 2013 come “obbligatorie”, queste ulteriori quattro Aree vanno a comporre, secondo i nuovi indirizzi dell’Autorità Nazionale Anticorruzione, le Aree c.d. “generalì”.

Aree a rischio “specifiche”

La complessità strutturale e funzionale dell’amministrazione regionale ha richiesto l’attivazione di un percorso graduale nella costruzione del sistema di prevenzione della corruzione, in linea con le indicazioni del PNA.

In fase di prima applicazione della metodologia, con il PTPC 2015-2017 la Regione Campania ha avviato l’analisi dei processi che racchiudono il complesso delle attività svolte, secondo la logica progressiva suggerita dal PNA, a partire dalle Aree c.d. “obbligatorie” indicate nell’Allegato 2 del PNA e strutturando l’attività su due livelli: un livello generale - cosiddetto “macro” - riferito a tre delle quattro aree di rischio censite rispetto alla quale i processi sono stati individuati e ricostruiti in via generale con riferimento alle macro fasi di cui essi si compongono (a. l’affidamento di lavori, servizi e forniture; b. l’adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario; c. l’adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario); un livello di dettaglio - cosiddetto “micro” - per l’area di rischio “Acquisizione e progressione del personale”, rispetto al quale i singoli processi censiti sono stati accuratamente mappati nel dettaglio ricostruendo le singole fasi di cui essi sono composti.

In esito all’attività svolta nel corso dell’anno 2016 e in considerazione delle indicazioni fornite dall’A.N.AC. con le determinazioni n.12/2015 e n. 831/2016 - recanti rispettivamente l’aggiornamento 2015 al PNA e il PNA 2016 – e degli obiettivi strategici individuati dall’organo di indirizzo dell’Ente (si veda par. 3) la Regione Campania ha ritenuto, con il PTPCT 2017-2019, di incentrare l’attività di rilevazione e analisi dei processi su due aree di rischio specifiche: l’area “*Rapporti con i soggetti erogatori*” e l’area “*Debiti fuori bilancio*”. Differenti sono gli ordini di motivi che hanno condotto a tale scelta.

Con riferimento alla prima area, si è inteso sia ottemperare agli impegni assunti dal Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza nel corso dell’audizione del 28/04/2016 disposta dal Consiglio dell’A.N.AC., sia adempiere ad una precisa indicazione dell’Autorità che, con determinazione n. 12/2015, ha

individuato l'ambito dei rapporti tra le Regioni con gli erogatori privati tra le aree di "rischio specifiche" per le amministrazioni regionali. Indicazione – quella dell'A.N.AC. – cui l'amministrazione ha inteso adempiere individuando tra gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione (si veda par. 3) l'adozione di misure organizzative di prevenzione di fattori distorsivi e/o di condotte devianti rispetto al perseguimento dell'interesse pubblico generale con riferimento all'area di rischio specifica su indicata. In particolare, nella citata determinazione, la "specificità" del rischio veniva strettamente connessa alla fase contrattuale con i privati accreditati che erogano prestazioni per conto del SSN. Con la successiva delibera n. 831/2016, l'Autorità ha invece richiamato l'attenzione delle regioni (e delle aziende sanitarie) su tutte le singole fasi del processo che conduce dall'autorizzazione all'accreditamento istituzionale, a partire dall'autorizzazione all'esercizio fino alla stipula dei contratti.

Per quanto concerne la seconda area di rischio specifica, *Debiti fuori bilancio*, tenuto conto degli obiettivi strategici individuati dall'organo di indirizzo dell'Ente, che, anche per quest'area, prevedono l'adozione di misure organizzative di prevenzione di fattori distorsivi e/o di condotte devianti rispetto al perseguimento dell'interesse pubblico generale, si è ritenuto opportuno introdurre un'area *ad hoc* per le diverse tipologie dei debiti fuori bilancio che possono essere riconosciute mediante legge regionale, ai sensi dell'art. 73 comma 1 del D.Lgs. n. 118/2011, in considerazione della posizione centrale che il tema degli equilibri di bilancio assume nella valutazione dei conti pubblici. La salvaguardia degli equilibri è stata infatti assunta a principio costituzionale, espressamente richiamato in più disposizioni (artt. 81, 97, 119 Cost.), e costituisce, ormai, un punto di riferimento costante della giurisprudenza costituzionale in tema di contabilità pubblica. In più, proprio per la specificità dei processi in parola, in termini di sistema dei controlli e per il valore economico degli stessi, si è ritenuto più significativo scorporarli dall'Area di rischio generale "Gestione delle entrate e delle spese e del patrimonio", delineando un'Area specifica, espressamente dedicata.

7.1.2 Rideterminazione delle aree a rischio corruzione

In conformità agli indirizzi A.N.AC., di cui alla determina n. 12 del 2015, le Aree a rischio corruzione, sia "generali" che "specifiche", con relative sotto-aree, sono complessivamente rideterminate come indicato nella tabella sotto riportata. In particolare, rispetto alla classificazione già fornita con il PTPC 2015/2017, si è proceduto a riarticolare l'area di rischio "Acquisizione e progressione del personale", espungendo i processi relativi a conferimenti di incarichi e nomine ed inserendoli nell'Area di rischio generale di nuova costituzione "Incarichi e nomine".

AREE A RISCHIO GENERALI	SOTTO-AREE
1. Acquisizione e progressione del personale	1.1. Reclutamento
	1.2. Progressioni di carriera
2. Affidamento di lavori, servizi e forniture	2.1 Servizi/forniture - sopra la soglia comunitaria
	2.2 Servizi/forniture - sotto la soglia comunitaria - importo superiore a 40.000 euro
	2.3 Servizi/forniture -importo inferiore a 40.000 euro
	2.4 Servizi tecnici - Concorso di progettazione
	2.5 Lavori - sopra soglia comunitaria
	2.6 Lavori - sotto soglia comunitaria
	2.7 Lavori - importo inferiore a 200.000 euro
	2.8 Lavori – importo inferiore a 40.000 euro
	2.9 Affidamenti in house
	2.10 Servizi/forniture - Procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara
3. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (es.: concessioni, autorizzazioni, licenze, abilitazioni e provvedimenti equivalenti comunque denominati)	3.1. Provvedimenti amministrativi vincolati (nell'an e nel contenuto)
	3.2. Provvedimenti amministrativi discrezionali (nell'an e/o nel contenuto)
4. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (es.: erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati)	4.1. Provvedimenti amministrativi vincolati (nell'an e nel contenuto)
	4.2. Provvedimenti amministrativi discrezionali (nell'an e/o nel contenuto)
5. Gestione delle Entrate, delle spese e del patrimonio	5.1. Gestione delle entrate
	5.2. Gestione della spesa

	5.3 Gestione del patrimonio costituito da beni mobili
	5.4 Gestione del patrimonio costituito da beni immobili (acquisti, alienazioni, concessioni ecc.)
6. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	6.1 Controllo su atti (es.: atti di controllo bilanci enti regionali; atti di controllo di provvedimenti di enti regionali; atti di controllo su autocertificazioni)
	6.2 Ispezioni (es.: verbali e altri tipi di atti di natura ispettiva o di vigilanza o di inchiesta in enti, società, imprese o presso strutture interne)
	6.3 Sanzioni (amministrative, tributarie, disciplinari ecc.)
7. Incarichi e nomine	7.1. Conferimenti da parte della regione di incarichi aggiuntivi ai dipendenti interni
	7.2. Conferimenti da parte della Regione di incarichi di collaborazione e di consulenza a soggetti esterni all'Amministrazione (incarichi professionali, occasionali, collaborazioni gratuite, tirocini, stage...)
	7.3. Conferimento incarichi dirigenziali per esterni e incarichi di vertice ex D.Lgs. n.39/2013
	7.4 Conferimento incarichi dirigenziali per interni
8. Affari legali e contenzioso	8.1 Contenzioso stragiudiziale (es.: procedure di mediazione e conciliazione)
	8.2 Contenzioso giudiziario
AREE A RISCHIO SPECIFICHE	SOTTO-AREE
9. Rapporti con soggetti erogatori	9.1 Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica (es.: accreditamenti; autorizzazioni)
10. Debiti fuori bilancio	10.1 Riconoscimento debiti derivanti da sentenze esecutive (art. 73, comma 1, lett. a), dlgs 118/2001);
	10.2 Riconoscimento debiti derivanti da copertura dei disavanzi di enti, società ed organismi controllati, o, comunque, dipendenti dalla Regione (art. 73, comma 1, lett. b), dlgs 118/2001);

	10.3 Riconoscimento debiti derivanti da ricapitalizzazione delle società di cui alla lettera b) (art. 73, comma 1, lett. c), dlgs 118/2001); 10.4 Riconoscimento debiti derivanti da procedure espropriative o di occupazione d'urgenza per opere di pubblica utilità (art. 73, comma 1, lett. d), dlgs 118/2001); 10.5 Riconoscimento debiti derivanti da acquisizione di beni e servizi in assenza del preventivo impegno di spesa (art. 73, comma 1, lett. e), dlgs 118/2001).
--	--

7.1.3 Mappatura dei processi

La Regione Campania per l'anno 2017 conferma, con riferimento alle Aree di rischio "generali", il Catalogo dei Processi di cui al PTPC 2015-2017, fatta salva la riclassificazione sopra richiamata, con l'obiettivo di una sua revisione puntuale a partire dai prossimi mesi.

In particolare, si procederà nel corso del 2017 ad un'attenta analisi dei processi afferenti all'area di rischi *"Incarichi e nomine"* e si avvieranno le attività di rilevazione e valutazione dei processi ricadenti nelle aree generali *"Affari legali e contenzioso"*, *"Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni"* e *"Gestione delle Entrate, delle spese e del patrimonio"*.

Per quanto concerne l'area di rischio *"Affidamento di lavori, servizi e forniture"*, atteso che con delibere di GR n. 607 del 24/11/2015 e n. 38 del 2/02/2016 è stato istituito l'Ufficio Speciale denominato *"Centrale Acquisti, procedure di finanziamento di progetti relativi ad infrastrutture, progettazione"* e che sono in corso le procedure di interpello per l'assegnazione dei relativi incarichi dirigenziali, si procederà nel 2017 alla individuazione e pianificazione di specifiche misure di prevenzione e contrasto, tenendo conto delle indicazioni fornite dall'A.N.AC. con determinazione n. 12/2015.

Con riferimento alle aree specifiche di nuova introduzione (*"Rapporti con soggetti erogatori"* e *"Debiti fuori bilancio"*), la rilevazione dei processi è stata sviluppata a un livello di aggregazione tale da ottimizzare la rilevazione, l'elaborazione e la rappresentazione dei dati. In particolare, i processi analizzati sono stati descritti specificando le informazioni inerenti le principali componenti che li contraddistinguono, ovvero:

- *Fase*: Sequenza del processo;
- *Attori*: soggetti implicati quali titolari o destinatari dell'attività,
- *Input*: atto o azione da cui si avvia la fase di trasformazione,
- *Output*: Risultato della fase di trasformazione.

Allo scopo di formare progressivamente il catalogo dei processi, l'attività di mappatura è stata articolata in più fasi operative:

- costruzione di un catalogo di partenza, utilizzando la documentazione interna;
- integrazione del catalogo dei processi, attraverso il benchmarking con amministrazioni analoghe;
- successiva integrazione del catalogo dei processi, attraverso gli incontri effettuati con i Responsabili/Referenti di ciascuna fase del processo.

Il Catalogo completo dei Processi della Regione Campania è riportato nell' Allegato 1 - **Catalogo processi e Registro rischi Regione Campania** in cui vengono riportate anche le Direzioni coinvolte nella realizzazione di ciascun Processo.

7.1.3.1 Il processo "Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie"

L'ambito dei rapporti tra le regioni/aziende sanitarie e gli erogatori privati di attività sanitarie, concentrando consistenti flussi finanziari e rilevanti interessi economici, si caratterizza per un elevato indice di vulnerabilità nei confronti di fattispecie corruttive e di illecito utilizzo delle risorse. Si tratta di una delle aree di "rischio specifiche" individuate con determinazione A.N.AC. n. 12/2015⁸ e a cui il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, approvato con determinazione A.N.AC. n. 831 del 3 agosto 2016, dedica uno specifico approfondimento, richiamando l'attenzione delle regioni su tutte le singole fasi del processo che conduce dall'autorizzazione all'accreditamento istituzionale, a partire dall'autorizzazione all'esercizio fino alla stipula dei contratti. Per ciascuna fase del procedimento - disciplinato dagli artt. 8-bis, 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 – il PNA indica, 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 per le fasi di rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e di accreditamento istituzionale, il PNA 2016 fornisce indicazioni 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.

In linea con le indicazioni fornite dall'A.N.AC., la Regione Campania ha intrapreso nel corso del 2016 un'attività di mappatura e analisi dei processi amministrativi ricadenti nell'Area di rischio specifica "Rapporti con i soggetti erogatori". In particolare, sono stati analizzati nel dettaglio i seguenti processi afferenti al macro-processo finalizzato al rilascio dell'accreditamento istituzionale:

⁸ A.N.AC. (2015), Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione - Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, pag. 47.

1. Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie;
2. Autorizzazione all'esercizio di strutture sanitarie e/o socio sanitarie;
3. Accreditalamento istituzionale.

L'iter procedurale per l'accreditalamento istituzionale costituisce un procedimento complesso che si articola in più sotto-processi e fasi e che coinvolge una pluralità di attori, interni ed esterni alla Regione. Più nello specifico, all'esito dell'analisi normativa e regolamentare effettuata ed in considerazione dei vincoli procedurali dettati dalla gestione commissariale della Sanità regionale, risulta che la competenza per l'accreditalamento istituzionale è sostanzialmente esterna alla Regione e che in capo alle strutture regionali residuano attività di recepimento di delibere commissariali e di atti amministrativi emanati da altri soggetti istituzionali (comuni e aziende sanitarie locali).

Unitamente all'analisi delle fasi che conducono all'accreditalamento istituzionale, è stata condotta un'analisi di dettaglio sui processi di competenza dell'Ufficio Speciale "Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario" della Giunta Regionale della Campania, istituito con legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20 *"Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. – Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)"*. Nello specifico, ai sensi dell'art. 1 della LR 20/2015, tale Ufficio esercita, in raccordo con le competenti strutture amministrative della Regione Campania, attività ispettiva su atti e fatti di gestione in materia sanitaria e socio-sanitaria attraverso verifiche e sopralluoghi nei confronti delle Aziende del Servizio sanitario regionale ed ospedaliero, degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici e privati, delle Aziende universitarie ospedaliere, dell'Istituto Zooprofilattico e degli enti pubblici e privati accreditati che afferiscono al settore sanitario e socio-sanitario e delle farmacie pubbliche e private. L'art. 2 della citata legge regionale disciplina, invece, le modalità attuative delle azioni ispettive, prevedendo che la Giunta Regionale adotti, entro il 30 marzo di ciascun anno, il Piano Annuale dell'Attività ispettiva sanitaria e socio-sanitaria, predisposto dal medesimo Ufficio di cui all'articolo 1 e con cui vengono individuate le aree prioritarie di intervento che formano oggetto dell'attività ispettiva esercitata nei confronti dei soggetti controllati e le modalità di intervento.

Alla luce della normativa attualmente applicabile in Regione Campania, si ritiene che le attività inerenti l'Ufficio ispettivo siano da presidiare con particolare attenzione, in considerazione di fattori connessi a variabili di tipo anche organizzativo che potrebbero favorire il proliferare di eventi corruttivi.

A fronte di un'attenta mappatura dei processi e di una prima identificazione dei rischi corruttivi e/o di *malagestio* potenzialmente applicabili (si veda infra il par. 7.2.1), che potrebbero costituire un *vulnus* al corretto svolgimento delle attività dell'ufficio, non si è però potuto procedere nel corso dell'anno 2016 anche all'attività di analisi e ponderazione degli eventi rischiosi identificati. Trattandosi, infatti, di un Ufficio di

recente istituzione ed essendo intervenuta solo nel mese di giugno 2016 l'approvazione del relativo Piano di attività, mancano quei dati storici e di contesto su cui costruire una corretta analisi del rischio. Tale analisi sarà, dunque, svolta nel corso dell'anno 2017 e si darà riscontro degli esiti nell'ambito del prossimo PTPCT. Nel complesso, il Catalogo dei processi che afferiscono al macro-processo "Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie" contiene n.15 sotto-processi, così suddivisi:

- n. 4 sotto-processi inerenti il processo "Autorizzazione alla realizzazione di struttura sanitarie e socio sanitarie";
- n. 2 sotto-processi inerenti il processo "Autorizzazione all'esercizio di struttura sanitarie e socio sanitarie";
- n. 1 sotto-processo inerente il processo "Accreditamento istituzionale";
- n. 7 sotto-processi inerenti il processo "Attività ispettiva sanitaria e socio-sanitaria";
- n. 1 sotto-processo inerente il processo "Informazione e comunicazione istituzionale".

Per il Catalogo completo dei processi afferenti al macro-processo "Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie", con indicazione, per ciascuno di essi, dei sotto-processi, delle fasi, delle attività e delle strutture coinvolte, si rinvia al paragrafo 7.1.4.

RICOSTRUZIONE DELLE FASI DEL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE IN REGIONE CAMPANIA

Di seguito si riporta la ricostruzione dei singoli processi e sotto-processi e delle singole fasi afferenti al macro-processo "Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie", con indicazione per ciascuna fase degli attori interni ed esterni coinvolti.

1. IL PROCESSO "AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DI STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE" IN REGIONE CAMPANIA (Procedura di autorizzazione di cui alla DGRC 7301/2001)

L'autorità competente al rilascio dell'autorizzazione è il Comune in cui si ubicherà la struttura sanitaria e/o socio-sanitaria da realizzare. Ne discende che detta autorizzazione si sostanzia in due distinti provvedimenti, ancorché da rilasciare contestualmente, e, precisamente, la concessione o autorizzazione edilizia e la vera e propria autorizzazione alla realizzazione. La prima, per la verifica del rispetto - della progettata realizzazione - dei piani e regolamenti urbanistici di cui è dotato il Comune; la seconda, per la verifica sia del rispetto dei requisiti minimi fissati nel presente documento sia della compatibilità della realizzazione stessa con il fabbisogno complessivo in ambito regionale e con la carenza di strutture e di capacità produttiva.

Sotto-processi

Nel regime autorizzativo per la realizzazione di nuove strutture rientrano le seguenti fattispecie:

1. **autorizzazione alla realizzazione di una nuova struttura** destinata alla erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio sanitarie;
2. **autorizzazione alla realizzazione per ampliamento di una struttura** destinata alla erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio sanitarie (ivi compresi l'aumento del numero dei posti letto rispetto a quelli già autorizzati; l'attivazione di funzioni sanitarie e/o socio-sanitarie aggiuntive rispetto a quelle già autorizzate);
3. **autorizzazione alla realizzazione per trasformazione di una struttura** destinata alla erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio sanitarie (la modifica della tipologia di posti letto rispetto a quelli già autorizzati; la modifica di altre funzioni sanitarie e/o socio-sanitarie già autorizzate; il cambio d'uso degli edifici o di parti di essi, finalizzato ad ospitare nuove funzioni sanitarie o socio-sanitarie);
4. **trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate;**
5. **autorizzazione per particolari tipologie di trasferimento di strutture sanitarie e/o socio sanitarie (sottoprocesso interamente esterno)**, nel caso di richiesta di trasferimento di una struttura sanitaria e/o socio sanitaria già in esercizio nell'ambito dello stesso distretto sanitario, sempre che il trasferimento non comporti l'ampliamento, la trasformazione delle prestazioni erogate dalla struttura richiedente né del carico di lavoro eventualmente determinato.

Le tipologie di prestazioni che si intendono erogare si distinguono in:

1. regime ambulatoriale extra o intraospedaliero
2. regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno
3. regime residenziale e semiresidenziale

FASI per ciascuno dei sottoprocessi da 1 a 4

- **Fase. 1 Verifica fabbisogno complessivo (fase interna)**

Il contesto programmatico di riferimento per la valutazione della compatibilità della struttura da realizzare in rapporto al fabbisogno ed alla localizzazione territoriale delle strutture.

La verifica regionale di compatibilità del progetto della struttura da realizzare in rapporto al fabbisogno complessivo è correlata alla individuazione, da parte della Giunta Regionale, "degli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttive e delle idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati."

Soggetto interno responsabile: Struttura commissariale

- **Fase. 2 Verifica requisiti (fase mista interna/esterna)**

A decorrere dalla data di pubblicazione sul BURC della D.G.R. 3958 del 7.8.2001 i soggetti pubblici e privati che intendono realizzare ovvero ampliare, trasformare o trasferire in altra sede strutture sanitarie e/o socio-sanitarie, devono presentare al Comune in cui si intende realizzare la struttura stessa, domanda di concessione o autorizzazione edilizia e autorizzazione alla realizzazione. Al fine di acquisire la verifica di compatibilità del progetto rispetto al fabbisogno complessivo, alla localizzazione territoriale, ed ai requisiti minimi strutturali ed impiantistici, il Comune, entro tre giorni, invia copia della documentazione all'A.S.L. nel cui territorio sarà ubicata la struttura alla quale si riferisce la domanda

L'A.S.L. trasmette alla Regione, Assessorato Regionale alla Sanità – Settore Programmazione Sanitaria le risultanze delle verifiche effettuate ed il relativo parere di compatibilità entro 20 giorni dalla data di ricevimento, se trattasi di istanze inviate da Comuni con meno di 100.000 abitanti ovvero, entro 60 giorni, se trattasi di Comuni con più di 100.000 abitanti

La Giunta Regionale per il tramite di una apposita commissione, all'uopo nominata, presieduta dal Responsabile del Settore Programmazione Sanitaria, e costituita con le medesime caratteristiche previste per quella aziendale, valuta il parere di compatibilità espresso dall'A.S.L. e trasmette al Comune richiedente e all'A.S.L. il parere definitivo entro i successivi 20 giorni, se trattasi di istanze pervenute da un Comune con meno di 100.000 abitanti ovvero, entro i successivi 30 giorni, se trattasi di Comune con più di 100.000 abitanti.

UOD responsabile: UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private (Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale)

- **Fase. 3 Rilascio della autorizzazione alla realizzazione (fase esterna alla regione)**

La concessione o l'autorizzazione edilizia e l'autorizzazione alla realizzazione della struttura sono rilasciate dal Comune contestualmente; le stesse non possono essere rilasciate nel caso in cui le verifiche di compatibilità non abbiano dato luogo a parere positivo.

2. IL PROCESSO "AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI STRUTTURE SANITARIE E/O SOCIO SANITARIE" IN REGIONE CAMPANIA (Procedura di autorizzazione di cui alla DGRC 7301/2001)

L'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie da parte di strutture pubbliche e private è subordinato ad autorizzazione. Sulla base della citata normativa:

- l'autorizzazione all'esercizio di dette strutture presuppone il possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi;

- la Regione detta disposizioni circa i tempi e le modalità per l'adeguamento a detti requisiti minimi delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie già precedentemente autorizzate ed in esercizio.

Anche per le procedure autorizzative all'esercizio occorre prevedere due differenti percorsi a seconda che si tratti di strutture di nuova realizzazione o di strutture già in esercizio.

Sotto-processi

Nel regime autorizzativo rientrano le seguenti fattispecie:

1. Autorizzazione all'esercizio per strutture sanitarie e/o socio sanitarie di nuova realizzazione

I soggetti autorizzati alla realizzazione di nuove strutture sanitarie e/o socio sanitarie, ovvero all'ampliamento, alla trasformazione e al trasferimento in altro distretto della stessa ASL o in altra ASL, con le procedure e secondo le modalità descritte nel precedente paragrafo, terminati i lavori e prima dell'utilizzo delle medesime, devono richiedere al Comune in cui è ubicata la struttura il rilascio del certificato di agibilità e l'autorizzazione all'esercizio dell'attività.

2. Autorizzazione per strutture sanitarie e/o sociosanitarie già in esercizio

A decorrere dalla data di pubblicazione sul BURC della delibera della Giunta Regionale n.3958 del 07.08.2001, le strutture sanitarie e/o sociosanitarie pubbliche in esercizio, le strutture private in esercizio e le strutture private temporaneamente accreditate, debbono adeguarsi ai requisiti minimi, entro i seguenti termini: a) due anni per quanto riguarda i requisiti organizzativi; b) tre anni per quanto riguarda i requisiti relativi alle dotazioni tecnologiche; c) cinque anni relativamente ai requisiti strutturali ed impiantistici e per i casi in cui l'installazione di dotazioni tecnologiche richieda interventi strutturali di particolare complessità.

FASI per ciascuno dei 2 sottoprocessi

- **FASE.1 Verifica requisiti (fase esterna)**
- **FASE. 2 Recepimento copia provvedimento autorizzatorio (fase interna)**

Copia del provvedimento autorizzativo deve essere trasmesso, al cura del Comune, alla Giunta Regionale Assessorato alla Sanità – Settori Programmazione ed Assistenza Sanitaria ed alla Direzione Generale della ASL competente

UOD responsabile: UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private (DG per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale)

- **FASE. 3 Verifica periodica dei requisiti minimi autorizzativi e vigilanza (esterno)**

I soggetti autorizzati all'esercizio dell'attività sanitaria inviano, con cadenza triennale, al Comune una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza dei possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi definiti con il presente documento.

Il Comune trasmette le dichiarazioni sostitutive ricevute al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente, che provvede per eventuali controlli e sopralluoghi con le stesse modalità previste per l'autorizzazione all'esercizio

- **FASE. 4 Anagrafe delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie autorizzate (esterno/interno)**

L'Assessorato Regionale alla Sanità e le Aziende Sanitarie Locali istituiscono, ciascuno per le proprie competenze e finalità istituzionali, l'anagrafe delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie autorizzate. L'anagrafe regionale e quelle realizzate dalle AA.SS.LL. devono contenere i dati necessari all'identificazione di ciascuna struttura autorizzata nonché quelli relativi ai provvedimenti che la riguardano.

3. IL PROCESSO DI "ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE" IN REGIONE CAMPANIA

(procedura di accreditamento istituzionale *Regolamento n. 1/2007 e n. 3/2006; legge regionale 16/2008; legge regionale 4/2011*)

L'art. 1 della legge regionale n. 4/2011 dispone che:

- a. i commi 237-quinquies, 237-sexies, 237-octies e 237-octies-bis disciplinano la procedura per presentazione delle istanze di accreditamento istituzionale da parte delle strutture private transitoriamente accreditate;
- b. il comma 237-quaterdecies dispone la cessazione dell'efficacia della delega alle AA.SS.LL. in materia di accreditamento definitivo prevista dall'art. 8, comma 1, della L.R. n.16/2008, ferme restando le disposizioni riguardanti le Commissioni istituite presso le Aziende medesime per la verifica del possesso dei requisiti ulteriori per l'accREDITamento, i cui esiti vanno certificati e comunicati alla competente struttura regionale;
- c. il comma 237-duodecies disciplina l'attività di verifica delle istanze presentate da parte delle Commissioni locali previste dall'art. 8 della L.R. n. 16 del 28.11.2008 e prescrive, tra l'altro, che il Commissario ad Acta adotta i decreti di rilascio dell'accREDITamento definitivo al positivo esito delle stesse ovvero, in caso contrario, rigetta la domanda.

Le disposizioni in materia di accREDITamento contenute nei regolamenti regionali 3/2006 e 1/2007, così come successivamente modificati o integrati, restano in vigore per la parte non in contrasto con i commi da 237 quater a 237 unvicies e con i provvedimenti attuativi degli stessi.

FASI del processo

- **FASE. 1 Verifica fabbisogno complessivo (fase interna)**

Verifica del fabbisogno e della funzionalità delle strutture sanitarie o socio-sanitarie da accREDITare rispetto agli indirizzi della programmazione regionale.

Il fabbisogno va soddisfatto, prioritariamente, attraverso l'accreditamento delle strutture private transitoriamente accreditate, da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1 luglio 2007, successivamente delle strutture private già in esercizio e solo successivamente mediante l'accreditamento delle strutture o attività di nuova realizzazione. Il rilascio di nuove autorizzazioni per la realizzazione, nonché l'accreditamento di nuove strutture è subordinato al completamento delle procedure di cui ai commi da 237 quinquies a 237 unvicies (Art. 1 LR n. 4/2011).

Soggetto interno: Struttura commissariale

- **FASE.2 Verifica istanze presentate mediante piattaforma informatica (fase esterna)**

La verifica delle istanze presentate attraverso la piattaforma informatica, ivi comprese le dichiarazioni di notorietà di cui ai commi 237 sexies ed octies, nonché il possesso dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accreditamento istituzionale, è compiuta dalle Commissioni locali previste dall'articolo 8 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16

- **FASE.3 Recepimento parere di accreditabilità espresso dalle A.S.L. ai fini del rilascio dell'accreditamento definitivo (fase interna)**

UOD responsabile: UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private (DG per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale)

- **FASE.4 Rilascio/diniego accreditamento (fase interna)**

Il Commissario ad Acta adotta i decreti di rilascio dell'accreditamento definitivo al positivo esito delle stesse ovvero, in caso contrario, rigetta la domanda.

Soggetto interno responsabile: Struttura commissariale

- **FASE 5. Gestione contenzioso (fase interna/esterna)**

UOD responsabile: UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private (DG per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale)

7.1.3.2 Il Processo “Riconoscimento dei Debiti Fuori Bilancio ex Art. 73 dell'art. 73, Comma 1, Lett. A) del D.Lgs. 23 Giugno 2011 n. 118”

Il tema degli equilibri di bilancio assume una posizione centrale nella valutazione dei conti pubblici. La salvaguardia degli equilibri è stata assunta a principio costituzionale, espressamente richiamato in più disposizioni (artt. 81, 97, 119 Cost.) e costituisce, ormai, un punto di riferimento costante della giurisprudenza costituzionale in tema di contabilità pubblica. Come evidenzia la Corte dei Conti nell’ambito della Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni esercizio 2014, pubblicata il 4 febbraio 2016, con riferimento alla gestione del bilancio, la comparazione degli stanziamenti iniziali con quelli definitivi conferma la tendenza delle Regioni a sottostimare le proprie esigenze di spesa e, comunque, a presentare al Consiglio regionale, per l’approvazione, bilanci previsionali recanti valori ben lontani da quelli che l’Ente andrà a gestire. Alcune Regioni denotano, comunque, una più efficace capacità di programmazione (Abruzzo, Valle d’Aosta, Province autonome e, per quanto riguarda realtà più ampie, Veneto ed Emilia-Romagna); mentre per altre, tra cui la Campania, lo scostamento tra le risorse previste e quelle effettivamente stanziare, a seguito delle fasi dell’assestamento, è più marcato. L’ammontare complessivo del debito fuori bilancio della Regione Campania relativamente all’anno 2015 è stimato in circa 17 milioni di euro.

Data la complessità del processo, per motivi di compatibilità dell’indagine con i tempi di predisposizione del Piano, si è scelto di limitare l’approfondimento alla sola fattispecie definita dalla lettera a) del comma 1 art. 73, del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, ossia ai debiti fuori bilancio relativi a servizi afferenti l’Avvocatura regionale. Si rimanda alle successive annualità del PTPCT la mappatura e l’analisi del rischio delle altre fattispecie previste dalla norma.

In Regione Campania, rispetto alla composizione totale del debito fuori bilancio, la parte derivante da sentenze esecutive relative a contenzioso ammonta all’incirca a 2,5 milioni di euro. Si evidenzia che sussiste sempre l’obbligo di pagamento di pronunce giudiziarie di condanna sommarie e/o non definitive, in quanto, ai sensi dall’art. 33 della legge 353/1990 di modifica dell’art. 282 del codice di procedura civile, le sentenze di primo grado essendo provvisoriamente esecutive tra le parti comportano l’obbligo da parte degli enti pubblici di riconoscere la legittimità dei debiti fuori bilancio scaturenti per l’appunto dalla emanazione di una sentenza di primo grado.

L’iter procedurale che sottende il processo appare articolato in più sotto-processi e fasi e coinvolge una pluralità di attori, interni ed esterni alla Regione; inoltre è fortemente vincolato e disciplinato dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1731 del 30 ottobre 2006 pubblicata sul BURC n. 52 del 20 novembre 2006.

Nel complesso, il Catalogo dei processi relativi al riconoscimento dei debiti fuori bilancio derivanti da contenzioso contiene n.7 sotto-processi, così articolati:

- n. 2 attività inerenti il sotto-processo “Notifica sentenza esecutiva”;
- n. 3 attività inerenti il sotto-processo “Istruttoria”;
- n. 1 attività inerente il sotto-processo “Predisposizione proposta deliberativa”;
- n. 3 attività inerenti il sotto-processo “Trasmissione fascicolo proposta deliberativa”;
- n. 2 attività inerenti il sotto-processo “Approvazione”;
- n. 4 attività inerenti il sotto-processo “Promulgazione Legge Regionale e Pubblicazione”;
- n. 5 attività inerenti il sotto-processo “Liquidazione ed erogazione”.

Per il Catalogo completo dei sotto-processi, con indicazione delle attività previste e delle strutture coinvolte per ciascuna di esse, si rinvia al paragrafo 7.1.4.

RICOSTRUZIONE DELLE FASI DEL PROCESSO RICONOSCIMENTO DEI DEBITI FUORI BILANCIO DERIVANTI DA SENTENZE ESECUTIVE RELATIVE A CONTENZIOSO

Di seguito si riporta la ricostruzione dei singoli sotto-processi del processo *“Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118”*, con indicazione delle attività previste e degli attori coinvolti.

1 IL SOTTO-PROCESSO “NOTIFICA SENTENZA ESECUTIVA”

La notifica della sentenza esecutiva costituisce la prima fase di questa complessa ed articolata attività. Per i debiti fuori bilancio derivanti da sentenze esecutive, come previsto dalla legge, la procedura di riconoscimento del debito deve concludersi con il pagamento entro 120 (centoventi) giorni dalla notifica della sentenza con formula esecutiva alla Regione Campania. Tuttavia, tenuto conto della complessità dell'attività da porre in essere e della pluralità di soggetti coinvolti, il termine di 120 giorni è un lasso temporale troppo breve, che può rivelarsi oneroso in termini di tempo e di risorse. Stante la complessità del procedimento, spesso accade che la fase di liquidazione non venga conclusa entro il termine perentorio, ma sia seguita dalla successiva notifica dell'atto di precetto che determina un ulteriore aggravio di spese in capo all'Amministrazione, oltreché, un danno all'immagine per la stessa.

L'iter del suddetto processo è in capo all'Avvocatura Regionale che trasmette al dirigente di UOD competente, l'atto giudiziario unitamente alla relazione circa l'esito del giudizio ed eventuale impugnazione del provvedimento giudiziario.

ATTIVITA' del sotto-processo

- 1 Ricezione notifica
- 2 Trasmissione al Dirigente della UOD competente

UOD responsabile: Avvocatura Regionale

2 IL SOTTO-PROCESSO "ISTRUTTORIA"

Una volta notifica la sentenza, il Dirigente della UOD in capo alla quale si è formato il presupposto per il riconoscimento del debito, dà avvio all'attività di istruttoria. In ottemperanza alla direttiva del Presidente della Regione prot. n. 13919/UDCP/GAB del 09/09/2015 integrata con nota prot. n. 19163/UDCP/GAB/VCG2 del 16.11.2015, il Dirigente predispone una relazione ad hoc, volta a ricostruire l'intera vicenda da cui scaturisce il debito oggetto di riconoscimento. Al fine di ottemperare alla suddetta circolare, il Dirigente reperisce le notizie idonee, presso la competente UOD Tale relazione confluisce nella predisposizione della c.d. "scheda di rilevazione di partita debitoria ex D.G.R.C. n. 1731 del 30.10.2006" contenente:

- ✓ generalità del creditore;
- ✓ oggetto della spesa;
- ✓ tipologia del debito fuori bilancio;
- ✓ relazione sulla formazione del debito fuori bilancio;
- ✓ tipo ed estremi del documento comprovanti il credito;
- ✓ totale del debito.

ATTIVITA' del sotto-processo

1. Accertamento e calcolo dell'importo totale come da sentenza
2. Predisposizione relazione sulla formazione del debito fuori bilancio
3. Predisposizione della scheda di rilevazione di partita debitoria ex D.G.R.C. n. 1731 del 30.10.2006

UOD responsabile: Dirigente della UOD competente

3 IL SOTTO-PROCESSO "PREDISPOSIZIONE PROPOSTA DELIBERATIVA"

Le schede di partita debitoria ed i relativi allegati, vanno trasmessi alla Giunta della Regione Campania al fine di poter predisporre una proposta di Disegno di Legge di riconoscimento dei debiti fuori bilancio ai sensi dell'art. 73 comma 1 lett. a) del D.Lgs. 118/2011, da sottoporre all'approvazione del Consiglio Regionale. Con circolare dell'Assessore al Bilancio n. 828/SP del 7/9/2016, avente ad oggetto indicazioni operative sul riconoscimento dei debiti fuori bilancio, la competenza sulla predisposizione della Delibera di

Riconoscimento di Debiti Fuori Bilancio e sulla successiva trasmissione è in capo a ciascuna Direzione Generale.

Secondo quanto disposto dalla circolare prot. n. 828/59 del 07/09/2016, al fine di semplificare la procedura regionale di approvazione dei disegni di legge di riconoscimento dei debiti fuori bilancio, ciascuna struttura amministrativa è tenuta a predisporre un'unica proposta deliberativa da sottoporre all'approvazione della Giunta accorpando i debiti fuori bilancio di propria competenza. In tal modo viene predisposto con cadenza periodica un unico disegno di legge regionale.

I disegni di legge di riconoscimento dei debiti fuori bilancio, sono approvati dalla Giunta con la seguente periodicità:

- 15 febbraio;
- 15 aprile;
- 15 giugno;
- 15 settembre;
- 15 novembre.

Ciascuna Direzione Generale, pertanto, è tenuta a comunicare la proposta di delibera entro il quindicesimo giorno antecedente le suddette date.

Appare chiaro che la procedura introdotta dalla sopra citata circolare può rivelarsi dispendiosa per l'amministrazione, in quanto dovendosi necessariamente rispettare dei termini per la presentazione di un'unica proposta deliberativa, e stante la complessità dell'attività istruttoria, ben potrebbe aversi un inutile decorso dei 120 giorni e la successiva notifica dell'atto di precetto, che determina un aggravio di spese in capo all'Amministrazione, oltreché un danno all'immagine per la stessa.

ATTIVITA' del sotto-processo

1. Collazione schede di rilevazione in un'unica proposta deliberativa

UOD responsabile: Direzione Generale competente

4 IL SOTTO-PROCESSO "TRASMISSIONE FASCICOLO PROPOSTA DELIBERATIVA"

Una volta predisposto il Disegno di Legge, secondo il format previsto dalla Circolare prot. 0278474 del 22 aprile 2015 della Direzione Generale Risorse Finanziarie, questo viene trasmesso alla Segreteria di Giunta ai fini della sua approvazione in assemblea, a cui fa seguito la trasmissione al Consiglio Regionale.

ATTIVITA' del sotto-processo

1. Invio schede e allegati alla Segreteria di Giunta

2. Trasmissione all'assemblea di Giunta per approvazione
3. Trasmissione alla Direzione Generale Attività Legislativa del Consiglio Regionale

UOD responsabile: Direzione Generale competente; Segreteria di Giunta

5 IL SOTTO-PROCESSO “APPROVAZIONE”

Una volta che il fascicolo contenente il Disegno di legge è stato trasmesso al Consiglio Regionale, comincia la discussione nell’ambito della II Commissione Consiliare Permanente, ai fini della sua approvazione mediante legge Regionale.

Ai sensi dell’art. 73 comma 4 del Decreto Legislativo 23 giugno 2011 n.118, il Consiglio Regionale provvede entro sessanta giorni dalla ricezione della relativa proposta. Decorso inutilmente tale termine, la legittimità di detto debito si intende riconosciuta.

ATTIVITA’ del sotto-processo

1. Presentazione e discussione Disegno di Legge regionale
2. Approvazione Disegno di Legge regionale

Soggetto responsabile: Consiglio Regionale

6 IL SOTTO-PROCESSO “PROMULGAZIONE LEGGE REGIONALE, PUBBLICAZIONE E DIFFUSIONE”

Successivamente all’approvazione della Legge Regionale da parte del Consiglio, seguono: la Promulgazione della norma a cura del Presidente della Giunta, la trasmissione della deliberazione a uffici vari dell’amministrazione (Direzione Generale competente, Direzione Generale per le Risorse Finanziarie, Tesoriere Regionale, Avvocatura Regionale), nonché la trasmissione degli atti alla Procura regionale della Corte dei Conti per la valutazione di eventuali responsabilità, ai sensi dell’art. 23 comma 5 della legge 289/2002. Contestualmente ha luogo la pubblicazione sul BURC ai fini dell’entrata in vigore.

ATTIVITA’ del sotto-processo

1. Trasmissione deliberazione a uffici vari (Direzione Generale competente, Dipartimento Risorse Finanziarie, Umane e Strumentali, Direzione Generale per le Risorse Finanziarie, Tesoriere Regionale, Avvocatura Regionale)
2. Trasmissione deliberazione alla Procura regionale della Corte dei Conti
3. Pubblicazione Legge Regionale sul BURC

Soggetto responsabile: Segreteria di Giunta, Dirigente della UOD competente - U.D.C.P. Ufficio I Staff del Capo di Gabinetto.

7 IL SOTTO-PROCESSO "LIQUIDAZIONE ED EROGAZIONE"

Al termine dell'iter procedurale, si pone la fase della liquidazione e della erogazione (pagamento) della prestazione riconosciuta in sentenza. Gli uffici deputati alla liquidazione del debito, hanno notizia dell'avvenuta approvazione della delibera di Giunta solo a seguito di trasmissione interna e di pubblicazione della L.R. sul BURC.

Per cui, in attesa dei 60 giorni previsti per l'approvazione, il Dirigente della UOD competente provvede a predisporre l'impegno di spesa, di modo che una volta avuta notizia legale della sua approvazione, si possa procedere alla emanazione del decreto di liquidazione del debito fuori bilancio e successivamente al pagamento del creditore.

ATTIVITA' del sotto-processo

1. Predisposizione determina di impegno di spesa
2. Emanazione del decreto di liquidazione
3. Apposizione visto di regolarità contabile con attestazione della copertura finanziaria
4. Predisposizione del mandato
5. Pagamento somma

UOD responsabile: Dirigente della UOD competente; Dirigente della UOD Bilancio ragioneria e tributi; Dirigenti delle UOD Gestione delle entrate regionali e Gestione delle spese regionali.

7.1.4 Prodotti della Fase 1: Il catalogo dei processi

Di seguito la rappresentazione in forma tabellare della mappatura effettuata in riferimento ai processi in analisi.

Catalogo macro-processo "Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie"

Processi	Sotto-Processi	Fasi	Attività	Strutture coinvolte
Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio sanitarie	1. Autorizzazione alla realizzazione di una nuova struttura 2. Autorizzazione alla	Verifica fabbisogno complessivo	Analisi e valutazione del fabbisogno	Struttura Commissariale

	realizzazione per ampliamento di una struttura 3. Autorizzazione alla realizzazione per trasformazione di una struttura 4. Trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate	Verifica requisiti	Verifica parere di compatibilità espresso dalle A.S.L. ai fini del rilascio della autorizzazione Trasmissione parere definitivo al Comune richiedente e all'A.S.L.	UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private
Autorizzazione all'esercizio di struttura sanitarie e socio sanitarie	1. Autorizzazione all'esercizio per strutture sanitarie e/o socio sanitarie di nuova realizzazione 2. Autorizzazione per strutture sanitarie e/o sociosanitarie già in esercizio	Recepimento copia provvedimento autorizzatorio	Recepimento copia provvedimento autorizzatorio	UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private
		Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie autorizzate	Acquisizione dati	UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private
			Pubblicazione elenchi	UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private
			Aggiornamento periodico	UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private
Accreditamento istituzionale	Accreditamento istituzionale definitivo	Verifica fabbisogno complessivo	Verifica del fabbisogno e della funzionalità delle strutture sanitarie o socio-sanitarie	Struttura Commissariale

			da accreditare rispetto agli indirizzi della programmazione regionale	
		Recepimento parere di accreditabilità espresso dalle A.S.L. ai fini del rilascio dell'accREDITAMENTO definitivo	Recepimento parere di accreditabilità	UOD Governo clinico - sistema accREDITAMENTO istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private
		Rilascio/diniego accREDITAMENTO definitivo	Adozione decreti di rilascio accREDITAMENTO definitivo	Struttura Commissariale
			Adozione decreti di rigetto accREDITAMENTO	Struttura Commissariale
		Gestione delle contestazioni	Recepimento istruttoria su istanza di riesame	UOD Governo clinico - sistema accREDITAMENTO istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private
Attività ispettiva sanitaria e socio-sanitaria	Pianificazione	Predisposizione Piano Annuale dell'Attività ispettiva sanitaria e socio-sanitaria		Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario
		Approvazione Piano Annuale dell'Attività ispettiva sanitaria e socio-sanitaria		Giunta regionale - Assessorato regionale alla Sanità

	Attività ispettiva ordinaria	Individuazione strutture da ispezionare		Responsabile Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario
		Composizione gruppo di ispettori		Responsabile Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario
	Programmazione della visita ispettiva/verifica	Calendarizzazione ed esecuzione delle verifiche		Responsabile Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario
		Modalità di prima interfaccia con le strutture accreditate		Gruppo Ispettori
	Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria pubblica/privata	Identificazione dei referenti presso le strutture accreditate		Gruppo Ispettori
		Esecuzione verifica ispettiva		Gruppo Ispettori
	Predisposizione relazione valutazione	Redazione rapporto		Gruppo Ispettori
	Invio relazione	Inoltro relazione DG Tutela della Salute e Coordinamento SSR		Responsabile Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario

		Inoltro relazione Assessorato regionale alla Sanità		Responsabile Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario
		Inoltro relazione al soggetto ispezionato		Responsabile Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario
	Recepimento e analisi controdeduzioni	Recepimento e analisi controdeduzioni		Responsabile Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario
Informazione e comunicazione istituzionale	Comunicazione ai cittadini	Pubblicazione e aggiornamento informazioni on line		UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private

Catalogo processo “Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118”

Processo	Sotto-Processi	Attività	Strutture coinvolte
Riconoscimento ai sensi dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118, come modificato dal decreto legislativo	Notifica sentenza esecutiva	Ricezione notifica	Avvocatura Regionale
		Trasmissione al Dirigente della UOD competente	Avvocatura Regionale
	Istruttoria	Accertamento e calcolo dell'importo totale come da sentenza	Uffici vari in ciascuna Direzione Generale competente

10 agosto 2014, n. 126 di debiti fuori bilancio relativi a servizi afferenti l'Avvocatura regionale e variazione al bilancio di previsione		Predisposizione relazione sulla formazione del debito fuori bilancio	Dirigente della UOD competente
		Predisposizione della scheda di rilevazione di partita debitoria ex D.G.R.C. n. 1731 del 30.10.2006	Dirigente della UOD competente
	Predisposizione deliberativa proposta	Collazione schede di rilevazione in un'unica proposta deliberativa	Direzione Generale competente
	Trasmissione fascicolo proposta deliberativa	Invio schede e allegati alla Segreteria di Giunta	Direzione Generale competente
		Trasmissione all'assemblea di Giunta per approvazione	Segreteria di Giunta
		Trasmissione alla Direzione Generale Attività Legislativa del Consiglio Regionale	Segreteria di Giunta
	Approvazione	Presentazione e discussione Disegno di Legge regionale	II Commissione Consiliare Permanente

		Approvazione Disegno di Legge regionale	Consiglio Regionale
		Promulgazione L.R.	Presidente Giunta Regionale
		Trasmissione deliberazione a uffici vari (Direzione Generale competente, Direzione Generale per le Risorse Finanziarie, Tesoriere Regionale, Avvocatura Regionale)	Area Generale di Coordinamento Gabinetto del Presidente della Giunta regionale
		Trasmissione deliberazione alla Procura regionale della Corte dei Conti	Dirigente della UOD competente
		Promulgazione Legge Regionale, Pubblicazione e Diffusione	U.D.C.P. Ufficio I Staff del Capo di Gabinetto
	Liquidazione ed erogazione	Predisposizione determina di impegno di spesa	Dirigente della UOD competente

		Emanazione del decreto di liquidazione	Dirigente della UOD competente
		Apposizione visto di regolarità contabile con attestazione della copertura finanziaria	Dirigente della UOD Bilancio ragioneria e tributi
		Predisposizione del mandato	Responsabile Settore Gestione delle entrate e della spesa di bilancio
		Pagamento somma	Responsabile Settore Gestione delle entrate e della spesa di bilancio

7.1.5 Attori della Fase 1

La mappatura dei processi amministrativi è attività propria dei singoli dirigenti responsabili di UOD, ciascuno per l'ambito di specifica competenza.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza svolge invece l'attività di coordinamento di tutte le operazioni di ricognizione, individuazione e catalogazione dei processi amministrativi, avvalendosi per gli aspetti più operativi, di personale di supporto.

La mancata collaborazione (es.: manifestazione di indisponibilità a collaborare, rinvii non giustificati di incontri, superamento dei termini indicati a livello operativo, violazione degli indirizzi forniti dal Responsabile

della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) da parte dei dirigenti comporta una responsabilità dirigenziale e disciplinare.

L'attività di analisi dei processi realizzata nel presente Piano è stata sviluppata con l'apporto di un gruppo di esperti del Formez PA, che hanno affiancato i funzionari della Regione Campania, nell'ambito delle attività previste dal POR FSE ASSE IV – CAPACITA' ISTITUZIONALE "Programma integrato di interventi per favorire lo sviluppo della capacità istituzionale delle amministrazioni della Regione Campania - Linea 4. Sviluppo di un Piano di prevenzione della Corruzione".

7.2 Fase 2 - Identificazione e analisi degli eventi rischiosi

7.2.1 Identificazione degli eventi rischiosi

L'aggiornamento 2015 al PNA ha precisato che *“l'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, o alle fasi dei processi, di pertinenza dell'amministrazione. L'individuazione deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi e avere conseguenze sull'amministrazione. Questa fase è cruciale, perché un evento rischioso «non identificato non viene considerato nelle analisi successive compromettendo l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione”*⁹

Il risultato di questa fase è la costruzione di un *Registro degli eventi rischiosi* che contiene, in maniera logicamente organizzata, i possibili rischi di corruzione identificati per ciascun processo organizzativo censito. Nella presente edizione del PTPCT si è proceduto ad aggiornare e integrare il *Registro degli eventi rischiosi* già sviluppato nelle precedenti annualità, anche tenendo conto delle indicazioni fornite dall'Aggiornamento 2015 al PNA e dal PNA 2016. In particolare, si è proceduto ad una ridefinizione del *Registro degli eventi rischiosi* (si veda infra il par. 7.2.3), svolgendo un'analisi più mirata su due macro-processi particolarmente rilevanti in ambito regionale:

- il macro-processo denominato *“Riconoscimento ai sensi dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, di debiti fuori bilancio relativi a servizi afferenti l'Avvocatura regionale”*
- il macro-processo denominato *“Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie”*.

⁹ A.N.AC. (2015), *Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione - Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015*, pag. 19.

Per procedere alla più corretta **identificazione degli eventi rischiosi** sono state combinate diverse fonti e metodi, tra cui in particolare:

- a) l'analisi del contesto interno e esterno, più volte menzionata;
- b) le caratteristiche proprie dei diversi processi;
- c) i dati giudiziari relativi alle fattispecie corruttive verificatesi nella Regione;
- d) il *benchmarking* con amministrazioni simili;
- e) il coinvolgimento dei Referenti per la prevenzione della corruzione;
- f) le *check list* esistenti (Allegato 3 del PNA 2013);
- g) le indicazioni contenute nell'aggiornamento 2015 al PNA e nel PNA 2016 relativamente agli eventi rischiosi di alcuni specifici processi (accreditamento).

L'impostazione seguita è stata quindi fondata sulla integrazione di fonti sia interne (incontri con i responsabili degli uffici e con il personale), sia esterne (casi giudiziari).

In termini di contenuti, sono state individuate le seguenti nuove tipologie di eventi rischiosi¹⁰:

- a) Con riferimento al macro-processo "Riconoscimento ai sensi dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, di debiti fuori bilancio relativi a servizi afferenti l'Avvocatura regionale":
 - la divulgazione di notizie sensibili,
 - la mancata/ritardata/inesatta comunicazione di atti e documenti agli uffici competenti,
 - l'alterazione o l'omissione di atti/informazioni/dati,
 - la ricognizione artatamente inesatta o incompleta,
 - la mancata/ritardata/incompleta verifica della documentazione,
 - l'artata dilazione dei tempi nello svolgimento delle attività previste,
 - il mancato rispetto delle scadenze temporali,
 - l'alterazione dell'ordine di trattazione della pratica al fine agevolare determinati soggetti,
 - la mancata/ritardata/inesatta predisposizione dell'atto,
 - l'errata trattazione sotto il profilo amministrativo-contabile (movimenti bancari non consentiti, imputazione su altro capitolo, individuazione del creditore diverso da quello effettivo).

¹⁰ Per un maggior dettaglio si rinvia all'Allegato 1 che contiene il Registro degli eventi rischiosi.

b) Per quanto attiene invece al macro-processo “Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio sanitarie”¹¹:

- la mancata o scorretta indicazione dei criteri, delle modalità, dei tempi e degli ambiti per la rilevazione dei dati necessari alla stima del fabbisogno territoriale,
- le omissioni o le irregolarità nelle attività di verifica al fine di ottenere o procurare a sé o ad altri indebiti vantaggi,
- il mancato rispetto doloso dei termini di legge,
- la sicurezza e la qualità dei dati e delle informazioni,
- la scarsa trasparenza, l’omessa pubblicazione di atti/informazioni o l’alterazione degli stessi,
- la mancanza di monitoraggio,
- il ritardo o l’accelerazione dei tempi di rilascio dell’accreditamento,
- la mancata o scorretta indicazione dei criteri, modalità, tempi ed ambiti per la realizzazione dell’attività ispettiva,
- le pressioni esterne finalizzate a tutelare interessi particolari e non in relazione ad effettive esigenze dell’amministrazione,
- l’incompatibilità con attività professionali esterne,
- la composizione opportunistica del gruppo di valutatori
- l’irregolarità nella composizione dei gruppi di valutazione,
- l’inosservanza delle regole procedurali a garanzia della imparzialità della relazione,
- la diffusione di informazioni riservate,
- la distorta valutazione dei presupposti di fatto e di diritto per l’accreditamento,
- l’alterazione della relazione di ispezione,
- l’abuso nell’adozione di pareri volti a favorire alcuni soggetti.

Nel complesso, lo sforzo compiuto è stato quello di identificare aree di rischio che, in ragione della natura e delle peculiarità dell’attività della Regione Campania, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

¹¹ In questo caso, nella individuazione dei rischi si è tenuto conto delle indicazioni fornite sia dall’Aggiornamento 2015 al PNA sia dal PNA 2016. In particolare, il PNA 2016 ha dedicato all’ambito dei rapporti tra le regioni/aziende sanitarie con gli erogatori privati di attività sanitarie uno specifico approfondimento sottolineando come *“Nel presente approfondimento, il PNA intende richiamare l’attenzione delle regioni e delle aziende sanitarie su tutte le singole fasi del processo che conduce dall’autorizzazione all’accreditamento istituzionale, a partire dall’autorizzazione all’esercizio”*. Cfr. A.N.AC. (2016), PNA 2016 - Delibera n. 831 del 3 agosto 2016, Paragrafo “Rapporti con i soggetti erogatori”.

7.2.2 Analisi degli eventi rischiosi: i fattori abilitanti e le cause

L'analisi degli eventi rischiosi ha come oggetto la comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente al fine di consentire la selezione delle misure più idonee per evitare che tali rischi possano verificarsi.

Nell'Aggiornamento al PNA 2015 viene infatti sottolineato come *“al fine di evitare l'identificazione di misure generiche, sarebbe di sicura utilità considerare per l'analisi del rischio anche l'individuazione e la comprensione delle cause degli eventi rischiosi, cioè delle circostanze che favoriscono il verificarsi dell'evento. Tali cause possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro”*¹².

Per ciascun evento rischioso identificato e riportato nel Registro, è stata realizzata un'**analisi dei “fattori abilitanti”**, ossia di quei fattori connessi a variabili di tipo organizzativo che possono favorire il proliferare di eventi corruttivi. Essi rientrano generalmente nelle seguenti categorie:

- a) situazioni di monopolio del potere decisionale,
- b) l'eccessiva discrezionalità nelle scelte,
- c) la carenza di controlli e trasparenza nelle attività.

Ognuno di questi fattori può, combinato con ulteriori elementi, favorire il verificarsi di eventi corruttivi all'interno dell'organizzazione.

A tal proposito, l'analisi, per ogni evento rischioso è stata integrata da uno sforzo organizzativo teso a individuare ulteriori elementi che, in combinazione con i precedenti fattori abilitanti, possono favorire il verificarsi di eventi corruttivi. Tra i principali elementi identificati si menzionano:

- competenze inadeguate o mancanti del personale addetto ai processi;
- pressioni politiche;
- pressioni esterne (es. cittadini, imprenditori, altre amministrazioni, gruppi di interesse, ecc.);
- complessità o scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- criminalità organizzata;
- contesto economico non favorevole;
- fattori di tipo culturale.

Tale attività è stata realizzata con il coinvolgimento dei dirigenti regionali e ha consentito di approfondire le peculiarità dei fattori di rischio della Regione Campania. La piena comprensione del fenomeno rappresenta, infatti, lo snodo fondamentale che consente di poter elaborare contromisure maggiormente incisive e

¹² Aggiornamento al PNA 2015 - Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, paragrafo 6.4. Valutazione del rischio.

puntuali per il trattamento del rischio, operando direttamente sulle cause e sui fattori che possono favorire il verificarsi degli eventi rischiosi.

Coerentemente a quanto indicato dal PNA 2013 e dall'Aggiornamento 2015 al PNA, l'identificazione e analisi degli eventi rischiosi è stata supportata da un'analisi di dati oggettivi e, in particolare, dei casi giudiziari.

7.2.3 Prodotti della Fase 2. Il registro degli eventi rischiosi

L'**Allegato 1**, a cui si rinvia, contiene per intero il *Registro degli Eventi rischiosi*. In particolare, tale Registro contiene le seguenti informazioni:

- l'area di rischio;
- la denominazione dei macro-processi e dei processi che afferiscono all'area di rischio in analisi;
- le Unità Operative Dirigenziali coinvolte nella realizzazione di ciascun processo;
- gli eventi rischiosi associati a ciascun processo.

Nel complesso, il *Registro degli eventi rischiosi* consta di 173 eventi rischiosi, così articolati per area di rischio:

- 79 eventi rischiosi relativi all'area di rischio "acquisizione e progressione del personale";
- 9 eventi rischiosi relativi all'area di rischio "incarichi e nomine";
- 28 eventi rischiosi relativi all'area di rischio "affidamento di lavori, servizi e forniture";
- 16 eventi rischiosi relativi all'area di rischio "provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario";
- 14 eventi rischiosi relativi all'area di rischio "provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario";
- 24 eventi rischiosi relativi all'area di rischio "Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie";
- 24 eventi rischiosi relativi all'area di rischio "Riconoscimento dei debiti fuori bilancio. ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118".

7.2.4 Attori della fase 2

L'identificazione e analisi degli eventi rischiosi è stata realizzata attraverso il coinvolgimento della struttura organizzativa regionale. La realizzazione di incontri e di interviste ha consentito infatti di acquisire una parte significativa delle informazioni necessarie. Particolarmente importante è stato il ruolo dei Dirigenti e funzionari coinvolti nelle unità organizzative interessate dai processi oggetto di analisi.

7.3 Fase 3 - Ponderazione degli eventi rischiosi

7.3.1 Aspetti generali

La fase di ponderazione degli eventi rischiosi (cosiddetta ponderazione dei rischi) ha avuto lo scopo di stimare il livello di esposizione al rischio di corruzione dei diversi processi organizzativi.

La ponderazione degli eventi rischiosi si è basata sul preventivo reperimento ed elaborazione di una pluralità di informazioni, con lo scopo di addivenire ad una stima attendibile del grado di esposizione al rischio per ciascun processo, sia per l'organizzazione nel suo complesso, sia a livello di singole Direzioni e unità organizzative (UOD) che intervengono in ogni dato processo.

Il metodo di ponderazione utilizzato, in continuità con l'impostazione metodologica delle precedenti edizioni, si è basato sulle indicazioni generali della norma ISO 31000 e, in particolare, sugli standard applicativi contenuti nel documento ISO/IEC 31010 denominato *"Risk management — Risk assessment techniques"*. Nell'ambito delle tecniche di valutazione proposte dallo standard applicativo ISO/IEC 31010, la metodologia applicata nella Regione Campania ha utilizzato, in maniera complementare, la tecnica nota come matrice "impatto/probabilità" e la tecnica degli "indicatori di rischio". Questa scelta è in linea con le indicazioni fornite dall'A.N.AC. nell'Aggiornamento 2015 al PNA.

Per ciascun processo censito e per i relativi rischi identificati sono stati misurati due indicatori compositi (ognuno dei quali composto da più variabili), rispettivamente per la dimensione della probabilità di accadimento e per quella dell'impatto.

Gli aspetti metodologici più rilevanti di tale lavoro, realizzato con il supporto tecnico scientifico degli esperti del FormezPA, sono i seguenti:

a) *I processi di gestione del rischio sono stati fondati su logiche e principi di natura "prudenziale".* In considerazione del fatto che spesso la probabilità del verificarsi di eventi di natura corruttiva non può essere stimata in maniera affidabile (anche per via dell'assenza di informazioni sufficientemente strutturate), è apparso opportuno riferirsi alle tecniche che si basano sulla considerazione del c.d. "scenario peggiore" (*worst case scenario*), al fine di individuare e porre in essere adeguate misure preventive. Uno dei modi più semplici, per poter tradurre operativamente tale principio, consiste nel tenere conto, nell'analisi dati, degli estremi della distribuzione, ossia il valore minimo o massimo a seconda della scala utilizzata.

b) *L'analisi dei dati è stata effettuata attraverso l'utilizzo di un metodo di aggregazione coerente con il tipo di scala utilizzata.* Poiché la misurazione delle variabili di probabilità e impatto è avvenuta attraverso l'utilizzo di una scala ordinale, come indice di "tendenza centrale" è stata utilizzata la mediana (e non la media).

c) *La logica di costruzione degli indicatori di impatto e probabilità è stata mutuata dalla letteratura sulla costruzione degli indici compositi*¹³. In particolare, gli indicatori di impatto e probabilità possono essere considerati come indici compositi per la cui costruzione è opportuno un approccio “non compensativo” nell’aggregazione delle diverse variabili (si veda *infra* in merito all’utilizzo del valore massimo che ne rappresenta una particolare modalità di applicazione).

d) *Il giudizio finale di esposizione al rischio è stato effettuato tenendo conto della scala di misurazione ordinale e del tipo di dati utilizzati*. Data la natura principalmente “qualitativa” dei dati, anche il giudizio finale è stato elaborato evitando di attribuire un punteggio numerico, ma riportando i valori finali di probabilità e impatto ed elaborando una tipologia delle priorità in funzione della combinazione logica dei due fattori.

7.3.2 Il processo di ponderazione del rischio di corruzione seguito

L’applicazione del metodo è avvenuta attraverso lo svolgimento di cinque fasi, di seguito elencate e poi ulteriormente specificate:

1. **Costruzione di un set di variabili** di ponderazione del rischio di corruzione, suddivise in due categorie generali: impatto e probabilità.
2. **Misurazione delle variabili**, attraverso l’utilizzo sia di dati oggettivi (dati giudiziari), sia dati di natura soggettiva (rilevati attraverso valutazioni espresse dai soggetti intervistati). La scala di misura utilizzata è stata uniforme e di tipo ordinale (Alto, Medio e Basso).
3. **Aggregazione** dei dati per processo. Dal momento che su un dato processo organizzativo possono intervenire più uffici, i dati rilevati a livello di ufficio (UOD) sono stati sintetizzati per processo utilizzando, come misura di tendenza centrale, la mediana.

¹³ OCED (2008), *Handbook on Constructing Composite Indicators. Methodology and user guide*, OECD publishing; Munda G., Nardo M. (2009), “Non compensatory/nonlinear composite indicators for ranking countries: a defensible setting”, *Applied Economics*, Vol. 41, 1513–1523; Munda G. (2012), “Choosing Aggregation Rules for Composite Indicators”, *Social Indicators Research*, 109:337–354.

4. **Costruzione degli indicatori** di sintesi per la probabilità e l'impatto mediante aggregazione delle singole variabili ad essi riferite, applicando l'operatore "massimo" alle modalità mediane di ognuna delle variabili di probabilità e impatto.

5. **Attribuzione di una priorità di intervento a ogni processo, in base al livello di rischio.** Per ogni processo, tenendo conto del livello di rischio rilevato dagli indicatori di probabilità e impatto, è stato individuato un livello di priorità di intervento su cinque livelli (priorità massima, priorità elevata, priorità media, priorità bassa, priorità minima).

7.3.3 Costruzione di un set di variabili di ponderazione del rischio di corruzione

Il set di variabili di ponderazione del rischio di corruzione è stato articolato in due categorie generali: impatto e probabilità.

Con riferimento alla **probabilità**, sono state individuate sei variabili, misurate attraverso la somministrazione di un questionario strutturato ai responsabili di Unità Operativa Dirigenziale, differenziato per tipologia di processo.

1. le **segnalazioni** pervenute, intese come qualsiasi informazione pervenuta con qualsiasi mezzo (email, telefono, ivi compresi i reclami avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione ecc.);

2. Il **livello di discrezionalità del processo**, inteso come presenza/assenza di norme primarie o secondarie che vincolano il processo;

3. la **rilevanza esterna del processo**, intesa in termini di entità del beneficio ottenibile da terzi attraverso il processo;

4. il livello di **complessità del processo**, valutato in base al numero delle attività previste, alla loro diversificazione e interdipendenza, al coinvolgimento di diversi attori e all'esposizione a cambiamenti frequenti;

5. l'**efficacia degli atti organizzativi interni** nel prevenire il verificarsi di uno o più eventi rischiosi legati al processo;

6. l'**efficacia dei controlli interni** nel prevenire il verificarsi di uno o più eventi rischiosi legati al processo.

Alle variabili della probabilità misurate attraverso il *self assessment* del personale dirigente si aggiunge la variabile “oggettiva” relativa ai precedenti giudiziari dell’amministrazione.

Anche con riferimento all’**impatto**, sono state individuate cinque variabili, misurate anch’esse attraverso la somministrazione del questionario strutturato:

1. Il **danno generato, a seguito di irregolarità** riscontrate da controlli effettuati dagli uffici interni preposti (*Internal auditing*, servizi ispettivi ...) oppure da organi esterni (Corte dei conti, Guardia di Finanza, ecc.), nell’ultimo triennio;
2. l’entità dei **costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento dei contenziosi** (danno legato ai contenziosi), nell’ultimo triennio;
3. l’**impatto reputazione**, misurato dal numero di articoli di giornale (stampa locale, nazionale o internazionale) pubblicati e /o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di corruzione o cattiva gestione relativamente al processo in analisi nell’ultimo triennio;
4. l’**impatto organizzativo**, ossia l’effetto che, il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo in analisi può comportare nel normale svolgimento delle attività;
5. l’**impatto potenziale**, ossia il danno (in termini economici, organizzativi o d’immagine) che il verificarsi degli eventi rischiosi legati al processo comporterebbe all’amministrazione;

Per ciascuna variabile analizzata la misurazione è stata effettuata utilizzando sempre una scala di misurazione ordinale (Alto, Medio e Basso).

7.3.4 Misurazione delle variabili

La raccolta dei dati funzionali alla ponderazione è stata, in sintesi, effettuata attraverso i seguenti passaggi:

- a) somministrazione di un questionario a tutta la struttura organizzativa, finalizzato ad acquisire le valutazioni, nonché le percezioni dei soggetti coinvolti nel processo, su episodi di corruzione avvenuti o potenzialmente verificabili all’interno dell’amministrazione regionale (metodo del *risk self-assessment*).
- b) rilevazione e elaborazione di dati “oggettivi” - dati giudiziari su casistiche verificatesi nell’ultimo triennio.

7.3.5 Aggregazione dei dati per processo e costruzione degli indicatori di sintesi per la probabilità e l'impatto

Ai fini di rappresentare in maniera sintetica e complessiva l'andamento delle diverse variabili di ponderazione del rischio, è stato necessario realizzare una aggregazione dei dati. L'aggregazione è stata effettuata a due livelli.

Ad un primo livello, si è reso necessario aggregare i dati in maniera da calcolare il valore complessivo di ogni singola variabile di ponderazione del rischio. In particolare, per ciascun processo valutato da più UOD, è stato necessario aggregare i dati per ottenere un valore di sintesi delle singole variabili. A questo scopo è stata utilizzata la mediana, misura di tendenza centrale che è appropriata nel caso di misurazioni di tipo ordinale.

Ad un secondo livello, si è reso necessario aggregare le diverse variabili nei due indicatori di probabilità e impatto. Infatti, i due indicatori sono "compositi", ossia costituiti da più variabili (rispettivamente 6 per la probabilità e 5 per l'impatto). Per ottenere il valore complessivo dell'indicatore della probabilità e separatamente dell'impatto, si è applicato l'operatore "massimo" alle modalità mediane di ognuna delle rispettive variabili. Come precedentemente evidenziato, l'operatore "massimo" è stato utilizzato perché è un operatore "non compensativo" (a differenza della media), appropriato al livello di misurazione ordinale, e coerente con un approccio prudentiale tipico dei processi di gestione del rischio¹⁴. In altri termini, attraverso l'operatore di massimo, gli indicatori (di probabilità o di impatto) assumono la misura più alta tra le modalità mediane delle relative variabili.

7.3.6 Individuazione delle priorità di intervento

Dopo aver attribuito un valore all'indicatore dell'impatto e a quello della probabilità, è stato necessario definire il livello di priorità di intervento coerente con i risultati della ponderazione dei rischi. Sotto il profilo metodologico si è evitato di attribuire un punteggio numerico, ma è stata definita una scala di priorità in funzione della combinazione logica dei due fattori.

In particolare, sono stati definiti **5 livelli di priorità**, sulla base dei criteri riportati nella tabella seguente. La diversa colorazione segnala, anche visivamente, il differente livello di priorità (più elevato con il colore rosso, meno elevato con il colore verde).

¹⁴ A.N.AC. (2015), *Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione - Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015*, pag. 21.

Tabella 1 – Le priorità di intervento

Combinazioni Valutazioni finali IMPATTO – PROBABILITA'		Priorità di intervento
PROBABILITA'	IMPATTO	
Alto	Alto	Priorità massima
Alto	Medio	Priorità elevata
Medio	Alto	
Alto	Basso	Priorità media
Medio	Medio	
Basso	Alto	
Medio	Basso	Priorità bassa
Basso	Medio	
Basso	Basso	Priorità minima

7.3.7 Prodotti della Fase 3. Livello di esposizione al rischio dei processi per Direzione/Ufficio; Rating di rischio

L'analisi effettuata secondo la metodologia descritta nel precedente paragrafo ha consentito una precisa e puntuale individuazione delle priorità di intervento. I risultati dell'analisi dei rischi e della pianificazione delle misure per ogni processo e unità organizzativa, presentati in questo paragrafo in maniera sintetica, sono conservati – data la copiosità del materiale – agli atti dell'ufficio del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Nella tabella che segue si riporta il risultato relativo al livello di esposizione al rischio del processo *“Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118”*.

Con riferimento alle risultanze dell'analisi si sottolinea che l'analisi ha fatto emergere che vi sono n. 3 (sotto)processi a media priorità, n. 3 (sotto)processi con bassa priorità n. 1 (sotto)processo con minima priorità di intervento.

Processo	Valutazione		
	PROBABILITÀ (max)	IMPATTO (max)	Rating (max)
Notifica sentenza esecutiva	Medio	Medio	Priorità Media
Istruttoria	Medio	Basso	Priorità Bassa
Predisposizione proposta deliberativa	Medio	Medio	Priorità Media
Trasmissione fascicolo proposta deliberativa	Basso	Basso	Priorità Minima
Approvazione	Medio	Medio	Priorità Media
Promulgazione Legge Regionale, Pubblicazione	Basso	Medio	Priorità Bassa
Liquidazione ed erogazione	Medio	Basso	Priorità Bassa

7.3.8 Attori della Fase 3

Analogamente alla fase precedente, la ponderazione degli eventi rischiosi è stata realizzata attraverso il coinvolgimento diretto dei Dirigenti e funzionari coinvolti nelle unità organizzative interessate dai processi oggetto di analisi. Il coinvolgimento è avvenuto mediante la realizzazione di incontri durante i quali è stato somministrato un questionario strutturato. Per gli uffici regionali coinvolti nella rilevazione, dislocati in altre città del territorio regionale, la somministrazione è avvenuta a mezzo e-mail.

7.4 Fase 4 - Identificazione e progettazione delle misure di trattamento del rischio

La fase di identificazione e progettazione delle misure di prevenzione è stata finalizzata alla individuazione degli interventi organizzativi volti a ridurre o neutralizzare il rischio di corruzione, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, sono state utilizzate innanzitutto le misure generali (obbligatorie) indicate nel Piano Nazionale Anticorruzione. Con riferimento ai due processi analizzati:

- *Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie,*
- *Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118,*

occorre specificare che, per quanto riguarda l'*Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie*, non essendo stato possibile somministrare i questionari di analisi del rischio, come precedentemente illustrato, non si è potuto nemmeno procedere all'individuazione di misure di prevenzione.

Pertanto, si rimanda agli aggiornamenti del presente Piano nelle successive annualità, per il completamento dell'analisi e valutazione del rischio di detto macroprocesso.

Invece, per quanto riguarda il secondo processo *Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118*, atteso il livello di analisi più dettagliato, si è proceduto alla identificazione di misure specifiche di prevenzione della corruzione.

Anche in questa fase l'individuazione e la proposta delle misure è avvenuta attraverso il coinvolgimento dei Referenti e dei Dirigenti per le aree di competenza. Infatti, dopo aver analizzato nel dettaglio il processo e gli eventi rischiosi ad esso associati (in particolare fattori abilitanti e cause del verificarsi dei rischi) è stato possibile intercettare quelle misure che, per il profilo di rischio specifico individuato, potessero incidere sulla riduzione della probabilità di accadimento degli eventi rischiosi e/o sul loro impatto potenziale.

7.4.1 Tipologie di misure: generali e specifiche

Secondo quanto previsto dalla prima versione del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), approvata nel 2013, le misure di prevenzione del rischio erano classificate in due macro-categorie:

- *obbligatorie*: ovvero quelle misure la cui applicazione discendeva obbligatoriamente dalla legge o da qualsiasi altra fonte normativa;
- *ulteriori*: quelle che, non essendo obbligatorie per legge, potevano essere inserite nei Piani Triennali di prevenzione della Corruzione come scelta discrezionale dell'amministrazione; era tale inserimento a renderle obbligatorie per l'amministrazione che le aveva previste.

A seguito dell'aggiornamento del PNA, avvenuto nel 2015, la suddetta distinzione è stata in parte superata, sottolineando la necessità che ciascuna amministrazione individui strumenti specifici, idonei a mitigare i rischi tipici dell'ente stesso, emersi a seguito di specifica analisi ed, ha, quindi, adottato una nuova classificazione che distingue tra:

- *misure generali*: anche definite misure "di governo di sistema" poiché incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in materia trasversale sull'intera amministrazione;
- *misure specifiche*: in questa seconda categoria sono ricomprese quelle misure che incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio e quindi sono relative ai singoli settori, processi, procedimenti.

In linea di massima, tutte le misure considerate oggi generali richiamano (più o meno) quelle che – da sempre – sono considerate misure obbligatorie che, tuttavia, non sono da considerarsi più rilevanti di quelle specifiche, come ben richiamato dal PNA. Le tipologie principali di misure (a prescindere se generali o specifiche) richiamate proprio nel PNA aggiornato al 2015 sono infatti le seguenti:

- misure di controllo;
- misure di trasparenza;
- misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- misure di regolamentazione;
- misure di semplificazione dell'organizzazione/riduzione dei livelli/riduzione del numero degli uffici;
- misure di semplificazione di processi/procedimenti;
- misure di formazione;
- misure di sensibilizzazione e partecipazione; misure di rotazione; misure di segnalazione e protezione;
- misure di disciplina del conflitto di interessi;
- misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).

7.4.2 Identificazione e progettazione delle misure

L'individuazione di ogni misura ha comportato un'analisi approfondita volta a rilevare se la stessa:

- fosse efficace nella neutralizzazione delle cause del rischio. L'identificazione delle misure di prevenzione è stata, quindi, una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso. Solo così si possono scegliere misure idonee a ridurre l'impatto e/o la probabilità delle conseguenze degli eventi rischiosi;
- avesse costi (necessari a una sua implementazione) ragionevoli rispetto all'efficacia in termini di mitigazione del rischio;
- fosse realizzabile con le competenze "presenti o acquisibili nel triennio" dall'amministrazione;
- potesse essere avviata in tempi coerenti con l'implementazione del PTPCT;
- fosse adatta alle caratteristiche specifiche (organizzative e non) dell'organizzazione, poiché solo in questo modo è stato possibile personalizzare la strategia di prevenzione della corruzione sulla base delle esigenze peculiari dell'amministrazione.

Come già per altre fasi della gestione del rischio, per ciò che attiene al processo "Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118", l'identificazione delle misure di prevenzione ha seguito un'impostazione maggiormente analitica.

La definizione delle misure è stata, infatti, il risultato di un sotto-processo sviluppatosi in due passaggi consequenziali:

- presentazione di un set di proposte compatibili con gli eventi rischiosi identificati e i comportamenti attraverso i quali questi possono concretizzarsi;

- scelta delle priorità di intervento, in linea con il livello di rischio emerso in sede di valutazione, quale risultato della combinazione tra la probabilità e l'impatto.

L'identificazione delle misure di prevenzione ha contemplato non solo le misure generali definite dal PNA, ma anche misure specifiche, integrative rispetto a quelle obbligatorie, il cui contenuto è stato definito autonomamente dai responsabili delle UOD.

Il dettaglio delle misure di prevenzione associate ad ogni processo mappato è presente negli Allegati 2 – 3. Più nello specifico, nell'Allegato 2 è rappresentato l'elenco completo delle misure generali (vale a dire delle misure obbligatorie ex PNA 2013) individuate dall'Amministrazione nell'ambito dell'analisi dei rischi effettuata per l'elaborazione del PTPC 2015-2017 ed associate a tutti i processi riconducibili alle 4 Aree c.d. "obbligatorie" di rischio (ex PNA 2013), come censiti con l'analisi dei rischi citata. L'Allegato 3 propone, invece, l'elenco completo delle misure di prevenzione sia generali (obbligatorie) che specifiche associate al processo "Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118".

7.4.3 Progettazione misure: fasi, tempi, responsabili, indicatori

Il passaggio successivo è consistito nella progettazione articolata e diversificata delle misure di mitigazione e trattamento del rischio corruttivo individuate. Per ogni misura occorre, infatti, prevedere tempi certi e responsabilità chiare per garantirne l'effettiva attuazione, nonché un set di indicatori attraverso cui verificarne la realizzazione e, quindi, assicurare l'efficacia dell'intervento stesso.

Per ciascuna misura individuata si è, dunque, proceduto a definire:

- Fasi per l'attuazione: si tratta dell'indicazione puntuale dei vari passaggi con cui l'amministrazione intende adottare la misura. L'esplicitazione di tali fasi è utile al fine di scadenzare l'adozione della misura, nonché di consentire un agevole monitoraggio da parte del RPCT.
- Tempi di realizzazione: si tratta dell'indicazione dei tempi entro cui l'amministrazione intende realizzare ciascuna delle fasi precedentemente indicate.
- Ufficio Responsabile: in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa, diverse Direzioni/UOD possono essere responsabili di una o più fasi di adozione delle misure.
- Indicatori di monitoraggio: la previsione di indicatori per ciascuna fase di adozione delle misure consente di effettuare un costante monitoraggio, anche per favorire eventuali correttivi.

La programmazione delle misure generali è avvenuta a livello centralizzato, con il coordinamento del RPCT. Tuttavia, lo spirito di condivisione che governa il processo di gestione del rischio, radicato nei principi di base degli standard internazionali di Risk Management (dall'ISO 31000:2009 alla famiglia delle ISO 27000, dall'ISO

17799:2005 fino al Framework CO.So ERM nelle versioni del 1992, 2004 e 2013), ha indotto a individuare un ampio coinvolgimento degli attori interessati nell'implementazione delle misure.

Come già per le altre fasi della gestione del rischio, per ciò che attiene al processo "Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118", anche la progettazione delle misure specifiche individuate ha seguito un'impostazione maggiormente analitica.

E' stata, infatti, predisposta un'apposita scheda contenente le seguenti informazioni:

- Struttura/e titolare/i della realizzazione della/e Misura/e.
- Struttura/e titolare/i della fase di Monitoraggio e Controllo. Descrizione delle fasi di intervento proposte, Output Finale previsto.
- Indicatore/i di realizzazione, descrittivo dello stato di avanzamento o del bene o servizio prodotto.

Nell'Allegato 4 è rappresentata la scheda di progettazione delle misure specifiche per il processo "Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118".

7.4.4 Prodotti della Fase 4: Catalogo misure di prevenzione per processo e/o fase e tipologia di rischio

Per il catalogo delle misure di prevenzione del rischio, si rimanda alla lettura dell'Allegato 2, dell'Allegato 3 e dell'Allegato 4.

7.4.5 Attori della Fase 4

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anche in questa fase ha compiti di coordinamento e di indirizzo operativo e si avvale, in questo, delle competenze professionali del proprio staff. In questa fase, come già indicato per le precedenti, è stato fondamentale, come modalità operativa, l'impegno del gruppo di lavoro misto, composto da dirigenti e funzionari regionali e da esperti del FormezPA. Il contributo e la collaborazione, nelle singole strutture interessate, dei dirigenti responsabili risulta fondamentale per l'individuazione delle misure più appropriate, in termini di efficacia, sostenibilità e compatibilità.

SEZIONE III – Le Misure di trattamento del rischio

8. La pianificazione degli interventi per la riduzione del rischio

La pianificazione delle misure di mitigazione e trattamento del rischio corruttivo sviluppa in termini programmatici le risultanze emerse nella fase di analisi e ponderazione dei rischi.

Il presente documento contiene la pianificazione:

- ✓ delle misure generali (vale a dire le misure c.d. “obbligatorie” di cui al PNA 2013);
- ✓ delle misure generali (obbligatorie) e specifiche riferite al processo “*Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118*”.

La pianificazione di ogni misura prevede tempi certi e responsabilità chiare per garantirne l'effettiva attuazione, nonché un set di indicatori attraverso cui verificarne la realizzazione e, quindi, assicurare l'efficacia dell'intervento stesso.

Con riferimento alle misure obbligatorie, l'Allegato 2 contiene l'elenco completo delle misure individuate dall'Amministrazione nell'ambito dell'analisi dei rischi effettuata per l'elaborazione del PTPC 2015-2017 ed associate a tutti i processi riconducibili alle 4 Aree c.d. “obbligatorie” di rischio (ex PNA 2013), come censiti con l'analisi dei rischi citata.

Sempre con riferimento alle misure obbligatorie, il paragrafo 8.1 contiene la pianificazione di dettaglio delle azioni ad esse riconducibili. Nello specifico, per ciascuna misura viene riportata una breve descrizione sullo stato di attuazione della stessa, con le azioni implementate nelle annualità precedenti, ed una tabella contenente la pianificazione, per singola fase, delle azioni da implementare nel triennio 2017-2019.

Per quanto concerne le misure riferite al processo “*Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118*”, si rimanda all'Allegato 3 per l'Elenco delle misure generali (obbligatorie) e specifiche individuate per singola fase del processo e all'Allegato 4 per la pianificazione di dettaglio delle misure specifiche, sempre riferite alle singole fasi del processo in questione.

8.1 Stato di attuazione e pianificazione delle Misure Obbligatorie

Il processo di pianificazione e programmazione delle misure posto in essere ha, *in primis*, individuato i processi per i quali si applicano le misure “obbligatorie” previste dal Piano Nazionale Anticorruzione 2013.

Nei paragrafi seguenti verranno descritte tutte le misure obbligatorie, rappresentando in tabelle di sintesi, per ogni fase di attuazione, le tempistiche, le responsabilità e gli indicatori di monitoraggio

Come precisato in premessa, la violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art.1, co.14, legge n.190/2012 come novellato dall'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016). In tal senso, tutte le azioni ad esse riconducibili – comprese le Circolari

adottate dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, opportunamente diffuse anche mediante pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ente – devono essere obbligatoriamente attuate dai soggetti responsabili e rispettate dai soggetti cui esse sono rivolte. La violazione di tali azioni da parte dei dipendenti, incluso il personale dirigenziale, costituisce pertanto illecito disciplinare ai sensi del citato art.1, co 14, legge n. 190/2012 e ss.mm.ii.

8.1.1 Trasparenza

In un'ottica di prevenzione della corruzione, di maggiore coinvolgimento dei cittadini e di miglioramento dell'attività amministrativa, la misura della trasparenza risulta fondamentale. Essa si declina nell'obbligo di pubblicazione di una pluralità di dati ed informazioni, secondo quanto definito nel D.Lgs. n. 33/2013, rispetto alle attività che l'amministrazione regionale realizza.

La finalità della misura è, quindi, quella di garantire il corretto svolgimento dell'attività amministrativa, riconoscendo, al contempo, la possibilità, in capo al cittadino, di esercitare un "controllo sociale" sull'operato dell'amministrazione, anche attraverso il cosiddetto "accesso civico", ovvero il diritto di qualsiasi soggetto interessato di richiedere documenti, informazioni e dati alle amministrazioni.

Nel dettaglio, la misura in esame si declina secondo le modalità stabilite all'interno della sezione dedicata alla Trasparenza del Programma Triennale per Corruzione 2017-2019.

Le responsabilità inerenti l'attuazione della misura sono diffuse, a seconda degli obblighi di pubblicazione definiti dal summenzionato Decreto, cui segue un costante monitoraggio svolto dai Referenti delle strutture regionali e dal Responsabile della Trasparenza.

Nella tabella che segue, si descrivono i principali passaggi necessari all'attuazione della Misura della Trasparenza, per i cui dettagli si rinvia alla lettura del Trasparenza del Programma Triennale per Corruzione 2017-2019.

FASE	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	2017	2018	2019
1. Pubblicazione dati nella sezione "amministrazione trasparente"	Tutte le direzioni e strutture competenti in ordine alla attuazione degli obblighi di trasparenza U.D.C.P. Redazione Portale	Presenza dei dati previsti nelle sezioni specifiche in amministrazione trasparente	Secondo la tempistica prevista dalla normativa vigente e dalla sezione trasparenza del programma per la corruzione		
2. Produzione e comunicazione, secondo le procedure definite, delle informazioni necessarie ai fini dell'aggiornamento costante dei dati nella sezione "amministrazione trasparente"					
3. Monitoraggio periodico sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Referenti presenti presso ogni Struttura Apicale		Semestrale		

8.1.2 Codice di comportamento

L'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001, così come modificato dall'art. 1, comma 44 della L. 190/2012, dispone che *ciascuna pubblica amministrazione definisce, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio organismo indipendente di valutazione, un proprio codice di comportamento che integra e specifica il codice di comportamento ...* di cui al DPR 62/2013 (il codice di comportamento nazionale per i dipendenti pubblici).

Il Codice di Comportamento è una misura di prevenzione della corruzione fondamentale in quanto i principi in esso contenuti definiscono i comportamenti eticamente e legalmente adeguati nelle diverse situazioni critiche, prevedendo regole specifiche volte ad evitare il presentarsi di alcuni specifici rischi.

La Giunta Regionale della Regione Campania ha approvato nel 2014 lo schema di *Codice di Comportamento per i dipendenti della Giunta Regionale della Campania*, allegato al PTPC adottato il 31/01/2014, che indica i principi cui i dipendenti devono ispirarsi nell'agire quotidiano. E' stata successivamente realizzata la procedura aperta per l'approvazione in via definitiva del Codice di Comportamento, finalizzata a recepire eventuali osservazioni ex art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001. Sono stati pertanto individuati gli stakeholders e si è provveduto alla pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ente dello schema di codice, dell'avviso e della relativa modulistica per raccogliere le osservazioni. E' pervenuta, nei termini assegnati, una sola istanza con la quale sono state presentate varie osservazioni, parzialmente accolte. Alla luce delle modifiche apportate, si è provveduto a redigere la versione definitiva del Codice di comportamento, composto da 18 articoli, ed è stata predisposta la proposta di deliberazione di Giunta Regionale per la relativa approvazione, condizionata all'acquisizione del parere obbligatorio dell'O.I.V. prescritto dall'art. 54, co.5, del D.Lgs. n. 165/2001.

Atteso che l'O.I.V. dell'Ente si è insediato formalmente il 5/01/2017, si è ritenuto di procedere all'aggiornamento del Codice di Comportamento mediante la definizione ed approvazione di un nuovo testo, previa realizzazione della procedura aperta alla partecipazione degli stakeholders ed acquisizione del parere obbligatorio dell'O.I.V.

Pertanto si programma per l'anno 2017 l'attività di elaborazione di uno schema Codice di comportamento, cui seguiranno le fasi di approvazione dello stesso da parte della Giunta Regionale, pubblicazione sul sito, realizzazione della procedura aperta alla partecipazione degli stakeholders e acquisizione delle relative osservazioni, esame delle osservazioni presentate, redazione del nuovo testo sulla base dell'esame svolto, acquisizione del parere dell'O.I.V. sul testo così definito ed approvazione definitiva in Giunta.

FASE	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	2017	2018	2019
1. Aggiornamento del Codice mediante la redazione di un nuovo testo, previo studio delle esigenze per l'innovazione del testo predisposto nel 2014, sulla base anche dell'esperienza degli ultimi due anni in materia disciplinare. Proposta di delibera di approvazione alla Giunta Regionale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale Risorse Umane - UOD 02	Bozza di testo innovato del Codice e proposta di deliberazione per l'approvazione	Entro il 31 marzo 2017		
2. Approvazione bozza del Codice di Comportamento	Giunta Regionale	Approvazione della bozza del Codice	Entro 20 giorni dall'acquisizione e della proposta di deliberazione		
3. Procedura ad evidenza pubblica al fine di acquisire le osservazioni dall'esterno (stakeholders)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale Risorse Umane- UOD 02	Acquisizione delle osservazioni e primo esame delle stesse; numero osservazioni pervenute, esaminate e accolte.	Entro 30 giugno 2017		
4. Redazione di una prima bozza di testo del codice successivamente all'esame delle osservazioni presentate e invio all'O.I.V. per il prescritto parere.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale Risorse Umane- UOD 02	Redazione nuovo testo del Codice tenendo conto delle osservazioni presentate ed esaminate. Invio del documento all'O.I.V.	Entro 31 agosto 2017		
5. Acquisizione del parere prescritto da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, sul testo del Codice, già definito a seguito della procedura aperta	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale Risorse Umane- UOD 02	Acquisizione parere dell'OIV sul testo del Codice redatto (vedi punto 4).	Entro 30 gg. dalla ricezione del documento da parte dell'O.I.V.		
6. Redazione del testo definitivo del Codice in funzione del parere reso. Presentazione alla Giunta Regionale per l'approvazione.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale Risorse Umane- UOD 02	Redazione nuovo testo del Codice in funzione del contenuto del parere dell'O.I.V. e presentazione proposta di deliberazione alla Giunta Regionale	Entro 40 gg. dall'acquisizione e del parere dell'OIV		

7. Approvazione definitiva del Codice di Comportamento	Giunta Regionale	Approvazione del testo definitivo del Codice	Entro 20 giorni dall'acquisizione e della proposta di deliberazione		
8. Adeguamento degli atti organizzativi e delle procedure interne alle previsioni del Codice	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Tutti gli uffici competenti in ordine alle singole procedure/atti da adeguare	Atti/procedure adeguate		Entro dicembre 2018	
9. Raccolta dati per il monitoraggio sull'attuazione delle disposizioni contenute nel Codice	Dirigenti/responsabili degli uffici. Struttura di controllo: Direzione generale per le Risorse Umane – UOD 02	Trasmissione al Responsabile dell'Anticorruzione e dei dati richiesti su attuazione del Codice	Entro il 30 novembre di ogni anno		
10. Monitoraggio sull'attuazione del Codice	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Redazione relazione monitoraggio entro i termini previsti	Entro il 15 dicembre di ogni anno		

8.1.3 Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

Nel rispetto della continuità dell'azione amministrativa, il D.Lgs. 165/2001 e la L. 190/2012 introducono, come misure di prevenzione del rischio, anche la rotazione del personale dirigenziale e del personale titolare di Posizione Organizzativa che operano nelle aree maggiormente esposte a rischio di corruzione. L'alternanza nelle posizioni con maggiori responsabilità decisionali riduce la probabilità che si verifichino situazioni di privilegio, accordi di collusione o, più semplicemente, relazioni particolari tra personale dell'amministrazione e utenti o fornitori. L'adozione di questa misura necessita di alcune fasi di implementazione anche di stampo prettamente organizzativo.

Al fine di applicare efficacemente la misura, nel corso dell'anno 2016 si è provveduto alla predisposizione dello schema di *"Disciplinare dei criteri per la rotazione del personale dirigente che opera nelle aree a elevato rischio di corruzione nonché dei componenti delle Commissioni"* ed dello schema di *"Disciplinare dei criteri per la rotazione del personale titolare di posizione organizzativa e dei dipendenti che operano nelle aree a elevato rischio di corruzione nonché dei componenti delle Commissioni"*.

Nell'anno 2017, in ottemperanza a quanto previsto dal PNA, i suddetti disciplinari saranno oggetto di adeguata informazione alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e successivamente saranno sottoposti all'approvazione dell'organo di indirizzo politico, come integrazione ai vigenti Disciplinari per il conferimento degli incarichi di funzione dirigenziale ai dirigenti della Giunta regionale della Campania.

FASE	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	2017	2018	2019
1. Approvazione dei criteri di rotazione del personale dirigenziale e titolare di PO	Responsabile della la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale per le Risorse Umane - UOD 01-03-09	Approvazione atto che disciplini la materia	Entro il 30 settembre 2017		
2. Predisposizione di una circolare che disciplini nel dettaglio i criteri di rotazione definiti sia per il personale dirigenziale che per i titolari di P.O. al fine di rendere operativa l'attuazione di detta misura: a) nella fase di conferimento degli incarichi dirigenziali e di posizione organizzativa; b) nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva	Responsabile della la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale per le Risorse Umane - UOD 01-02-03-09	Atti/procedure adeguate	Entro il 31 dicembre 2017		
3. Monitoraggio sull'efficace attuazione della misura di prevenzione	Responsabile della la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Redazione relazione monitoraggio	Entro il 15 dicembre di ogni anno		

8.1.4 Astensione in caso di conflitto di interesse

La legge n.190/2012 ha introdotto l'articolo 6 bis nella L.241/1990 riguardante il conflitto di interessi.

La norma stabilisce l'astensione, in particolare per i responsabili dei procedimenti amministrativi e per i titolari degli uffici competenti, nell'adozione di pareri, nelle valutazioni tecniche, nella redazione degli atti endoprocedimentali o nell'adozione del provvedimento finale, in qualsiasi situazione di conflitto di interessi. In capo ai medesimi soggetti è, inoltre, previsto l'obbligo di segnalazione di ogni situazione di conflitto anche solo potenziale. L'allegato 1 del PNA sottolinea come tale norma vada letta congiuntamente all'articolo 6 del DPR n. 62/2013, nel quale viene specificato che il dipendente pubblico deve astenersi dall'adozione di decisioni o da attività che possano riguardare relazioni personali o rapporti di collaborazione con soggetti privati.

In tutti quei casi in cui un funzionario amministrativo è coinvolto in una situazione di conflitto di interessi è il dirigente a valutare la situazione e a comunicare se la partecipazione alle attività decisionali o lo svolgimento delle mansioni da parte del funzionario stesso possano ledere (o meno) l'agire amministrativo. Nel caso in cui ad essere coinvolto in una situazione di conflitto sia lo stesso dirigente, la valutazione sarà fatta dal RPCT. L'allegato 1 del PNA stabilisce che *"La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa"*.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione con la circolare n. 6/2014 del 15.09.2014, avente ad oggetto "Astensione in caso di conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241 del 1990 e dell'art. 6 del DPR n. 62 del 2013 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici), e monitoraggio dei rapporti tra amministrazione e soggetti esterni, ai sensi dell'art. 1 comma 9 lett. e) della legge 190 del 2012", aveva già fornito informazioni utili alle strutture amministrative regionali, chiamate a vario titolo a porre in essere atti/provvedimenti in qualità di responsabili del procedimento o titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e provvedimenti finali. Successivamente, per meglio declinare l'ambito di operatività soggettiva ed oggettiva di applicazione dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, con Circolare n.15 del 2016 si è provveduto ad aggiornare ed integrare il contenuto della precedente disciplina disposta con la circolare suindicata.

Con riferimento all'attuazione della Misura in questione, al dicembre 2016 è stato realizzato un Monitoraggio ai sensi dell'art. 6 bis L. 241/90 e della Circolare del Responsabile per la prevenzione della corruzione n.6/2014. In particolare, con nota prot. n. 302864 del 3/05/2016 e n. 719317 del 4/11/2016 -sollecito- si è richiesto a tutte le strutture dell'Ente e ai Referenti dell'anticorruzione, per i procedimenti di rispettiva competenza, se siano state segnalate situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale. Al dicembre 2016 non sono state segnalate, dalle strutture che hanno fornito riscontro, situazioni di conflitto di interesse. Solo

per n. 6 situazioni di conflitto di interesse si è provveduto alla sostituzione dei funzionari competenti per lo svolgimento del procedimento.

Resta fermo che, al fine di rendere sempre più dettagliata e puntuale l'applicazione delle disposizioni riguardanti tale materia, si provvederà ad aggiornare la Circolare su indicata qualora si rendesse necessario.

Si proseguirà per l'anno 2017 ad effettuare l'attività di monitoraggio relativa alla misura in questione.

FASE	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	2017	2018	2019
1. Aggiornamento della circolare in materia e della relativa modulistica	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale per le Risorse Umane - UOD 03	Circolare	Aggiornamento se necessario		
2. Monitoraggio in materia di comunicazione dei conflitti di interesse e obbligo di astensione	Tutti i dirigenti/responsabili degli uffici	Trasmissione dati da parte di tutti i dirigenti responsabili degli uffici secondo le indicazioni del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione	Entro il 30 novembre di ogni anno		
3. Monitoraggio sull'efficace attuazione della misura di prevenzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Redazione relazione monitoraggio	Entro il 15 dicembre di ogni anno		

8.1.5 Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali

La misura in oggetto ha l'obiettivo di regolamentare in particolare il conferimento di incarichi istituzionali ed extra-istituzionali in capo ad un medesimo soggetto, sia esso dirigente o funzionario amministrativo. La *ratio* alla base della misura è quella di evitare che l'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale indirizzi l'attività amministrativa verso fini privati che possano compromettere il buon andamento dell'amministrazione e, in ultima analisi, determinare fenomeni corruttivi.

Il dipendente è sempre tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione l'attribuzione di incarichi (anche se a titolo gratuito) e l'amministrazione avrà così la facoltà di accordare, previa valutazione delle circostanze, l'autorizzazione a svolgere o meno l'incarico in oggetto. In sede di autorizzazione le pubbliche amministrazioni sono chiamate a valutare attraverso, in fase di istruttoria, tutti i profili di conflitto di interesse, anche quelle potenziali.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione, con circolari n. 3/2014 del 17.06.2014 e n. 4/2014 del 24.07.2014, aveva già fornito informazioni utili alle strutture amministrative regionali al fine di garantire una trattazione unitaria nonché una omogeneizzazione d'azione all'interno dell'amministrazione sul tema del conferimento degli incarichi ai dipendenti della Giunta della Regione Campania.

Con nota del 6 marzo 2014 aveva, inoltre, inteso dettagliare la disciplina in materia per il personale comandato, con particolare riferimento al personale in servizio presso le Autorità di Bacino.

Per quanto riguarda le autorizzazioni ai dipendenti per lo svolgimento di incarichi esterni, e precisamente di incarichi che provengono da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza ovvero da società o persone fisiche che svolgono attività d'impresa o commerciale, in base alle modifiche apportate all'articolo 53 del D.Lgs. n. 165/2001 operate dalla L. 190/2012, era stata predisposta la circolare n. 1/2013 avente ad oggetto "Articolo 1, comma 42, L. 6.11.2012 n. 190 - attuazione modifiche all'art. 53 D. Lgs. n. 165/2001 – Autorizzazioni ai dipendenti per lo svolgimento di incarichi extra-ufficio e Anagrafe delle prestazioni", già richiamata nel Piano triennale di prevenzione della corruzione 2013-2016 e che integrava le previsioni del disciplinare per le autorizzazioni approvato con delibera di Giunta regionale n. 112/2007.

Nel 2016 la Regione Campania ha promosso un vero e proprio percorso di razionalizzazione del trattamento economico del dipendente regionale in linea con le vigenti disposizioni contrattuali vigenti in materia. Tale percorso è in linea con l'art. 1 co. 5. della legge regionale n. 5/2013 ed è stato di recente riconfermato con l'art. 25 co. 2 della legge regionale n. 6/2016.

Tale ultima disposizione regionale ha, infatti, modificato il dettato del precedente art. 1 co. 5 della legge regionale n. 5/2013, rendendo ancora più pregnante il principio di onnicomprensività del trattamento economico del dipendente per cui oggi la partecipazione dei dipendenti della Giunta della Regionale o comunque in servizio presso gli uffici regionali a commissioni, tavoli tecnici e gruppi di lavoro è sempre svolta a titolo gratuito, salvi i casi previsti in esecuzione di leggi statali o di contratti di lavoro.

Come noto, quindi, anche il Responsabile per la prevenzione della corruzione della Giunta Regionale, con la summenzionata Circolare n. 4/2014 avente ad oggetto *“Incarichi ai dipendenti appartenenti al comparto e ai Dirigenti e relativo compenso: quadro normativo di riferimento e orientamenti Aran”*, successivamente con la Circolare n.13/2016 in tema di straordinario per calamità naturali e con la Circolare n. 14/2016 avente ad oggetto *“Aggiornamento/Integrazione circolare n. 4 e 13 sulla corretta gestione del trattamento economico accessorio del personale regionale e compatibilità dei Decreti di liquidazione a favore dei dipendenti regionali con le vigenti disposizioni Contrattuali e Nazionali”* ha inteso dare informazioni utili circa le vigenti disposizioni Contrattuali e Statali esistenti in materia di trattamento economico del dipendente nonché gli ultimi orientamenti-pareri Aran.

Con riferimento poi all'attuazione della Misura in questione, al dicembre 2015 è stata elaborata una Proposta di disciplinare contenente i criteri di conferimento e di autorizzazione degli incarichi extraistituzionali ai dipendenti e le ipotesi di incarichi vietati.

Con delibera di giunta n. 316 del 28/06/2016 è stato inoltre approvato il *“Disciplinare per le incompatibilità ed incarichi vietati al personale dipendente della Giunta della regione Campania. Modalità per le autorizzazioni ex art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.”*.

FASE	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	2017	2018	2019
1. Disciplina dei criteri per il conferimento e l'autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali e delle ipotesi di incarichi vietati	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale per le Risorse Umane - UOD 03	Disciplinare	Aggiornamento se necessario della D.G.R.C. n. 316 del 28/06/2016		
2. Predisposizione di linee guida contenenti criteri e modalità per il conferimento da parte della Regione di incarichi di collaborazione e consulenza a soggetti esterni	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale per le Risorse Umane - UOD 03	Linee guida	Approvazione delle Linee guida		
3. Monitoraggio sull'efficace attuazione della misura di prevenzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Redazione relazione monitoraggio	Entro il 15 dicembre di ogni anno		

8.1.6 e 8.1.7 Inconferibilità per incarichi dirigenziali e Incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali

Il D.Lgs. n. 39/2013, ha identificato sia delle ipotesi di inconferibilità degli incarichi dirigenziali (in caso di particolari attività/incarichi precedenti e nel caso in cui i soggetti chiamati ad assumere l'incarico siano stati condannati penalmente per delitti contro la pubblica amministrazione) sia delle ipotesi di incompatibilità (relative al contemporaneo svolgimento di più attività/incarichi).

L'intervento del legislatore, ravvisabile nelle norme racchiuse nei capi II, III, IV e V del D.Lgs. 39/2013, nasce dalla valutazione sulla necessità, in un'ottica di prevenzione, da un lato di evitare il concretizzarsi di rischi corruttivi derivanti da pratiche collusive che potrebbero nascere in considerazione delle cariche ricoperte e, dall'altro, di evitare in via precauzionale l'affidamento di incarichi a soggetti condannati anche se con sentenza non ancora passata in giudicato.

Sul tema dell'inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali nel 2015 e 2016 si è provveduto a disciplinare, anche da un punto di vista organizzativo, le modalità di esercizio dell'attività di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20 del citato decreto legislativo all'atto del conferimento dell'incarico dirigenziale o in sede di dichiarazione annuale (Circolare n. 10/2015 *"Piano di prevenzione della corruzione 2015-2017 - Attuazione misure obbligatorie. Modalità di esercizio dell'attività di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20 del D.lgs n. 39/2013 all'atto del conferimento dell'incarico dirigenziale o in sede di dichiarazione annuale"*).

Per quanto concerne i dirigenti di ruolo della Giunta Regionale, fatta eccezione per gli incarichi dirigenziali conferiti ex art. 37 dell'ordinamento regionale nell'ambito degli UDCP, la direzione Generale per le Risorse Umane, in considerazione del rilevante numero di incarichi dirigenziali di sua competenza, ha proceduto mediante controlli a campione (10%) corrispondenti a n°28 incarichi dirigenziali.

Per gli incarichi dirigenziali conferiti ex art. 19, commi 5 bis e 6, D.Lgs. n. 165/2001, considerato il numero dei casi (17) da esaminare, nel corso del 2016 si è proceduto al controllo integrale (100%), in conformità alla richiamata Circolare n. 10/2015.

Per quanto concerne altri incarichi dirigenziali conferiti dall'Amministrazione, le strutture competenti forniscono i dati in ordine al numero di controlli effettuati sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

FASE	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	2017	2018	2019
1. Regolamentazione procedura contestazione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale Risorse Umane - Staff di supporto tecnico-operativo - UOD 01	Predisposizione di un atto interno	Entro il 30.09.2017		
2. Definizione organi sostitutivi ex art. 18 D.Lgs n. 39/2013	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Approvazione atto che disciplini la materia	Entro il 30.09.2017		
3 Aggiornamento della Circolare n. 10/2015.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale Risorse Umane - Staff di supporto tecnico-operativo - UOD 01	Approvazione dell'aggiornamento alla Circolare n. 10/2015.	Entro il 30.06.2017		
3. Effettuazione di controlli interni (anche su base campionaria) relativamente alla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati in merito alla sussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità	Strutture competenti all'istruttoria per il conferimento degli incarichi	Numero controlli effettuati/controlli da effettuare	Entro il 15 novembre di ogni anno		
4. Monitoraggio sull'efficace attuazione della misura di prevenzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Redazione relazione monitoraggio	Entro il 15 dicembre di ogni anno		

8.1.8 Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

La legge n. 190/2012 ha modificato l'articolo 53 del D.Lgs. n.165/2001 introducendo importanti novità per contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro. L'obiettivo del legislatore è, infatti, quello di evitare che il dipendente pubblico possa sfruttare la posizione acquisita all'interno dell'amministrazione per ottenere condizioni di lavoro maggiormente vantaggiose con soggetti con cui è entrato in contatto durante lo svolgimento della sua regolare attività amministrativa.

L'attuazione di tale misura si sostanzia:

- nell'introduzione di clausole nei contratti di lavoro che vietino ai dipendenti di svolgere attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro nei confronti di destinatari di provvedimenti adottati con l'apporto decisionale del dipendente interessato;
- nell'inserimento nei bandi di gara della condizione di non aver concluso contratti di lavoro con ex dipendenti che nei tre anni precedenti abbiano esercitato poteri negoziali per conto delle PA nei loro confronti e nell'esclusione dai bandi di gara di quei soggetti per i quali si sia accertata tale situazione.

Al fine di una corretta progettazione esecutiva delle misure di prevenzione, è opportuno procedere all'applicazione di questa misura esclusivamente per quei dipendenti che, in virtù del ruolo e della posizione ricoperti nell'amministrazione, hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo a specifici procedimenti o procedure.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione con circolare n. 2/2014 del 17.06.2014, avente ad oggetto "Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro", e con circolare n. 7/2014 del 29.09.2014, avente ad oggetto "Divieto di incarichi dirigenziali a soggetti in quiescenza", aveva già fornito informazioni utili sull'argomento.

Al fine di rendere sempre più dettagliata e puntuale l'applicazione delle disposizioni riguardanti tale materia si provvederà ad aggiornare le circolari su indicate qualora si renda necessario.

Al riguardo si precisa che la circolare n.2/2014 è stata aggiornata e sostituita con la Circolare n. 12/2016.

Con riferimento all'attuazione della Misura in questione è stato realizzato un Monitoraggio ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e della circolare 2/2014 col quale si è richiesto a tutte le strutture dell'Ente se, nell'ambito della predisposizione dei bandi di gara e/o degli atti prodromici agli affidamenti di propria pertinenza, sia stata inserita, nel rispetto dell'art. 53, c.16 ter D.Lgs 165/2001, l'apposita clausola riferita alla condizione soggettiva *"di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PA nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto"*.

Gli esiti del monitoraggio presso le strutture deputate agli atti di scelta del contraente e dei contratti pubblici hanno confermato l'inserimento della clausola.

Inoltre le strutture si sono impegnate ad effettuare apposite verifiche sulle dichiarazioni poste in essere dai soggetti terzi contraenti con la Regione.

Con la stessa nota è stata fornita indicazione alle strutture regionali deputate al reclutamento del personale di inserire, in sede di predisposizione dei contratti di assunzione del personale, la seguente clausola standard:

“Il Sig. _____ nato a _____ il _____ dichiara di osservare le disposizioni contenute nell'art. 53 comma 16 ter del D.Lgs. n. 165/2001, introdotto dall'art. 1 comma 2 della legge 190/2012, e quindi qualora eserciti poteri autoritativi o negoziali per conto della Giunta Regionale Campania, si impegna sin d'ora, per i tre anni successivi alla cessazione del suo rapporto di lavoro, a non accettare incarichi lavorativi o professionali presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione regionale, svolta attraverso i medesimi poteri”.

Rispetto a tale ultima clausola standard, si precisa che le strutture deputate al reclutamento del personale e gli U.D.C.P. hanno risposto positivamente, vale a dire che detta clausola è stata appositamente inserita nei contratti di assunzione del personale esterno.

Si proseguirà per l'anno 2017 ad effettuare l'attività di monitoraggio relativa alla misura in questione.

FASE	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	2017	2018	2019
1 Monitoraggio della clausola anti- <i>pantouflage</i> nei contratti di assunzione del personale e negli atti di scelta del contraente e nei contratti pubblici	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale per le Risorse Umane - UOD 03 - 07. Tutte le Direzioni/Uffici	Trasmissione dati secondo le indicazioni fornite dal RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno		
2 Monitoraggio sull'efficace attuazione della misura di prevenzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Redazione relazione monitoraggio	Entro il 15 dicembre di ogni anno		

8.1.9 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

In base a quanto previsto dall'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001 *“coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale: a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati; c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere”*.

Inoltre, l'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013 prescrive che *“a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, non possono essere attribuiti: a) gli incarichi amministrativi di vertice nelle amministrazioni statali, regionali e locali; b) gli incarichi di amministratore di ente pubblico, di livello nazionale, regionale e locale; c) gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, comunque denominati, nelle pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico di livello nazionale, regionale e locale; d) gli incarichi di amministratore di ente di diritto privato in controllo pubblico, di livello nazionale, regionale e locale; e) gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali del servizio sanitario nazionale”*.

Secondo quanto previsto nel PNA *“l'accertamento avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato”*.

Le circostanze esplicitamente richiamate dal PNA, nelle quali si rende necessario tale controllo sono:

- nel momento di formazione delle commissioni;
- nel momento del conferimento di incarichi dirigenziali;
- all'atto di assegnazione di funzioni direttive a uffici, funzionari o altri collaboratori.

Il PNA sottolinea come *in caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 del D.Lgs. n.39/2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto*. Nel caso in cui venisse pronunciata una sentenza di assoluzione per lo stesso reato verrebbe a mancare la situazione ostativa.

Per una piena attuazione della misura in oggetto è necessario un adeguamento degli atti organizzativi e delle procedure interne al fine di rendere operative le disposizioni di cui agli artt. 35 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001 e dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39 del 2013 e successivamente procedere ad effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione rese dagli interessati.

Nel 2016 è stata predisposta una Bozza di regolamento contenente alcuni adeguamenti alla normativa anticorruzione del testo del vigente disciplinare per l'accesso agli impieghi presso la G.R., approvato con D.G.R. n. 6131/2002, riguardanti la formazione delle commissioni esaminatrici e l'acquisizione dei documenti propedeutici alla stipula del contratto individuale di lavoro. Il documento dovrà essere approvato con atto deliberativo della Giunta. In ordine ai divieti contenuti nell'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001 (partecipazione a commissioni e assegnazioni agli uffici di soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.), sono stati effettuati controlli a campione sulle dichiarazioni rese nell'ambito del rilascio dei provvedimenti di autorizzazione allo svolgimento di incarichi esterni da parte di dipendenti della Regione. Per i controlli nell'ambito del conferimento di incarichi dirigenziali, si rimanda ai controlli effettuati sulle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 39/2013 (inconferibilità e incompatibilità incarichi dirigenziali), di cui ai paragrafi 8.1.6 e 8.1.7 del presente documento.

FASE	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	2017	2018	2019
1. Approvazione Regolamento contenente adeguamenti alla normativa anticorruzione del testo del vigente disciplinare per l'accesso agli impieghi presso la G.R., approvato con D.G.R. n. 6131/2002, riguardanti la formazione delle commissioni esaminatrici e l'acquisizione dei documenti propedeutici alla stipula del contratto individuale di lavoro.	Direzione Generale per le Risorse Umane	Regolamento approvato	Entro il 30/06/2017		
2. Effettuazione dei controlli interni (anche su base campionaria) sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione rese dagli interessati	Tutti i dirigenti/responsabili degli uffici	numero controlli effettuati/controlli da effettuare	Entro il 30 novembre di ogni anno		
3. Monitoraggio sull'efficace attuazione della misura di prevenzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Redazione relazione monitoraggio	Entro il 15 dicembre di ogni anno		

8.1.10 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. Whistleblower)

L'art 54 bis ("Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti") del D.Lgs. n.165 del 30 marzo 2001, introdotto dall'art.1, co.51, del D.Lgs. n.190/2012, ha istituzionalizzato, nel nostro ordinamento giuridico, il c.d. *Whistleblower*, ovvero la segnalazione di illeciti da parte del dipendente pubblico. Si tratta di una disciplina che prevede una misura di tutela già in uso presso altri ordinamenti, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito e la prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo. L' articolo 54 bis citato, in particolare, ha introdotto:

- i) la tutela dell'anonimato del dipendente che effettua la segnalazione di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro (fattispecie diversa dalla segnalazione anonima);
- ii) il divieto di azioni discriminatorie (molestie o ritorsioni di altro genere) nei confronti della persona che ha denunciato l'illecito;
- iii) l'esclusione, salvo eccezioni opportunamente disciplinate, dell'accesso a tutti i documenti che riguardano la segnalazione.

L'attuazione di tale misura implica la necessità, da parte d'amministrazione, di fornire al segnalante chiare indicazioni operative non solo in ordine alle forme di tutela che gli vengono offerte dall' ordinamento ma anche e soprattutto in ordine all' oggetto, ai contenuti, ai destinatari e alla modalità di trasmissione delle segnalazioni.

A tal fine l'Amministrazione regionale ha definito il modulo da utilizzare per la denuncia e ha istituito un indirizzo mail dedicato. E' stata predisposta una circolare che contiene indicazioni sulla misura e sulle modalità operative da utilizzare per la segnalazione degli illeciti. (cfr. Circolare n. 9 / 2015)

Al fine di rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie, sono in corso e proseguiranno nel 2017 le attività finalizzate all'adozione di uno specifico software per la raccolta e gestione delle segnalazioni.

Infine, secondo quanto stabilito dallo stesso PNA, la tutela del whistleblower deve essere supportata da attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione all'interno dell'amministrazione. Si propone, pertanto, nelle more dell'adozione del nuovo sistema informatico, di rinnovare - nel corso dell'anno 2017 - le azioni di pubblicità e informazione al personale della attuale modalità di segnalazione, attraverso invio di comunicazione mail a tutti i dipendenti e relativa pubblicazione sito istituzionale dell'Ente.

FASE	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	2017	2018	2019
1. Adozione di un sistema informatico di raccolta e gestione delle segnalazioni volto a garantire l'anonimato	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale Risorse Umane – UOD 11 e 10. Centro Regionale Elaborazione Dati	Adozione in riuso del software per la gestione delle segnalazioni whistleblowing	Entro dicembre 2017		
2. Realizzazione di iniziative di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla segnalazione delle azioni illecite	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale Risorse Umane UOD 11 e 03	n. eventi	Entro giugno 2017		
3. Raccolta dei dati relativi al numero di segnalazioni pervenute ai fini del monitoraggio	Direzione Generale Risorse Umane - UOD11	Resoconto dati e trasmissione al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione	Entro il 30 novembre di ogni anno		
4. Monitoraggio sull'efficace attuazione della misura di prevenzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Redazione relazione monitoraggio	Entro il 15 dicembre di ogni anno		

8.1.11 Formazione

La legge n.190/2012 e i PNA attribuiscono alla formazione un ruolo cruciale ai fini della prevenzione di fenomeni corruttivi e di episodi di cattiva amministrazione. Attraverso la formazione viene, infatti, veicolata a tutti i dipendenti della pubblica amministrazione la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione. Il PNA 2013 attribuisce al Responsabile per la prevenzione della corruzione, in raccordo con i dirigenti responsabili delle risorse umane, la definizione dei fabbisogni formativi suggerendo, come indicazione generale, di progettare l'erogazione di attività di formazione su due livelli: un livello generale ed un livello specifico.

Accogliendo tali indicazioni, i percorsi formativi che l'Ente ha attivato nelle annualità 2014-2015-2016 sono stati articolati sulle 3 tipologie formative di seguito indicate:

- ✓ *Una formazione generale trasversale* rivolta a tutti i dipendenti, finalizzata a diffondere i temi della legalità e dell'etica (approccio valoriale);
- ✓ *Una formazione/assistenza specialistica trasversale*, finalizzata a sviluppare competenze in tema di gestione del rischio corruttivo e di formulazione di strategie di contrasto e, pertanto, a trasferire conoscenze e competenze sulla metodologia di analisi e valutazione del rischio applicata ai processi dell'Ente e di individuazione delle relative misure di contrasto e prevenzione;
- ✓ *Una formazione modulare* su ambiti specialistici propri dei diversi comparti e finalizzata ad approfondire adeguatamente specifiche aree di rischio allo scopo di conoscere e diagnosticare in maniera mirata le vulnerabilità rispetto ai fenomeni corruttivi.

In attuazione di tali prescrizioni, nel triennio 2014-2016 sono stati progettati e realizzati, con il supporto di FormezPA, interventi formativi riconducibili alle tre tipologie di intervento su descritte.

In particolare:

- per la formazione generale trasversale, sono stati realizzati n. 2 cicli di 5 webinar sul tema ***“Anticorruzione e cultura dell'integrità”*** della durata di 90 minuti ciascuno, rivolti il primo ciclo a 241 dipendenti, il secondo ciclo a 290 dipendenti. Per il singolo ciclo, sono state nello specifico realizzate n. 2 edizioni di 5 webinar ciascuno, per complessivi **20 webinar**. Sempre nell'ambito delle formazione generale trasversale, nel 2015 e 2016 è stato progettato e realizzato un corso di formazione on line, su piattaforma Moodle, sul tema ***“Anticorruzione e cultura dell'integrità”***, della **durata di 20 ore**, con videolezioni tenute da docenti esperti, materiali didattici, test di valutazione, finalizzato a diffondere i temi della legalità e dell'etica ed a trasferire conoscenze di base sulla disciplina nazionale di prevenzione della corruzione e sulla sua specifica attuazione da parte della Giunta Regionale della Campania. Del percorso in questione sono state realizzate n. 4 edizioni rivolte ad una platea complessiva di **4900** dipendenti (convocati). Sempre nell'ambito di tale tipologia di intervento, è stata

realizzata n. 1 edizione del corso on line sul tema *Dalla Trasparenza al "FOIA". Cosa e come cambia l'accesso civico (e la trasparenza)* rivolta a 89 dipendenti.

- per la *formazione/assistenza specialistica trasversale*: nel 2014 sono stati realizzati seminari informativi/formativi rivolti ai Referenti ed ai componenti dei gruppi di supporto ai Referenti e al Responsabile per la prevenzione della corruzione sul processo di analisi e gestione del rischio. In tale ambito sono stati realizzati complessivamente 9 seminari formativi interni rivolti ai Referenti ed ai gruppi di supporto ai Referenti ed al Responsabile per la prevenzione della corruzione, finalizzati allo sviluppo delle competenze idonee alla gestione del rischio di corruzione, trasferendo conoscenze specialistiche sulla metodologia e sui relativi strumenti.
- per la formazione modulare, nel 2016 è stata realizzata n. 1 edizione del corso in presenza su *Il Nuovo codice degli Appalti D.Lgs. 50/2016 e le linee Guida dell'A.N.AC.* della durata di 5 giornate, rivolto a 72 dipendenti.

Con riferimento all'annualità 2017-2019, con Determina dirigenziale n. 1 del 23/12/2016 della UOD 55.14.14 è stata approvato il documento contenente l'articolazione pluriennale della formazione per il personale della Regione Campania in materia di anticorruzione - Annualità 2017-19.

Sulla base di tale articolazione, le tipologie di attività formative che si prevede di realizzare nel triennio considerato si articolano in due diversi macroambiti:

1. **La formazione a carattere generale trasversale**, rivolta a tutti i dipendenti che l'amministrazione intenderà coinvolgere e finalizzata ad approfondire i principali contenuti della strategia nazionale di prevenzione della corruzione e a promuovere la cultura dell'integrità e dell'etica nei comportamenti del dipendente pubblico.
2. **La formazione specialistica**, che riguarderà, in linea con le indicazioni dei PNA, due ambiti tematici prioritari:
 - *i Contratti pubblici*: in tale ambito, la formazione sarà prioritariamente centrata sul *Nuovo Codice degli Appalti* (D.Lgs. n. 50/2016) e sarà finalizzata a rafforzare le competenze del personale afferente all'Ufficio Speciale "*Centrale Acquisti, Procedure di finanziamento di progetti relativi ad infrastrutture, Progettazione*" e del personale a qualunque titolo impegnato nella gestione di affidamenti, bandi e gare.
 - *la Sanità*: l'Amministrazione Regionale intende potenziare la conoscenza dei processi/procedimenti rientranti nella materia della Sanità ai quali l'Aggiornamento 2015 al PNA ed il PNA 2016 dedicano uno specifico approfondimento (nella parte Speciale) individuando aree di rischio generali e specifiche del settore sanitario e, per ciascuna di esse, i possibili eventi corruttivi e le relative misure di prevenzione e contrasto.

La metodologia didattica sarà di tipo integrato (*blended learning*): incontri in presenza si alterneranno a moduli di apprendimento autonomo, esercitazioni a distanza e aule virtuali. I materiali e gli strumenti dei percorsi online saranno disponibili su una piattaforma virtuale dedicata.

FASE	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	2017	2018	2019
1. Redazione del Piano annuale di formazione in materia di anticorruzione e cronoprogramma degli interventi formativi riconducibili alle 2 tipologie di attività: a) formazione generale trasversale; b) formazione specialistica	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Direzione Generale per le Risorse Umane - UOD 03	Predisposizione del Piano	Entro giugno 2017		
2. Erogazione dell'attività di formazione	Direzione Generale per le Risorse Umane - UOD 03	N. di iniziative realizzate	Entro il 30 novembre di ogni anno		
3. Monitoraggio sull'efficace attuazione della misura di prevenzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.	Redazione relazione monitoraggio	Entro il 15 dicembre di ogni anno		

8.1.12 Patti di integrità negli affidamenti

Il PNA 2013 stabilisce che *“le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell’art. 1, comma 17, della l. n. 190, di regola, predispongono ed utilizzano protocolli di legalità o patti di integrità per l’affidamento di commesse. A tal fine, le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all’esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto”*.

Sul punto, si menziona anche la nota dell’ex Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici, secondo la quale *“mediante l’accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell’offerta, infatti, l’impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr. Cons. St., sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066).”*.

Al riguardo, in data 1/08/2007 è stato stipulato il *“Protocollo di legalità in materia di appalti”* tra la prefettura di Napoli, la Regione Campania, la Provincia di Napoli, il Comune di Napoli, la Camera di Commercio di Napoli. Il Protocollo prevede che la stazione appaltante si impegni a riportare nei bandi di gara relativi ad appalti di opere o lavori pubblici, subappalti e/o subcontratti e prestazioni di servizi e forniture richiamati nell’art. 2 del Protocollo, le clausole contenute nell’art. 8, come aggiornate per effetto dell’entrata in vigore della L. n. 136/2010 (piano antimafia). Tra esse, le clausole espresse, che prevedono la risoluzione immediata ed automatica del contratto ovvero la revoca dell’autorizzazione al subappalto e al subcontratto nei casi indicati nelle clausole stesse.

Alla luce di quanto su indicato e per dare attuazione alla misura in questione, nel 2015 e nel 2016, come prescritto dal Piano 2015-2017 e dal suo aggiornamento al 2016, sono state richieste alla struttura competente le seguenti informazioni: dati sugli esiti dell’attività di verifica e monitoraggio, anche a campione, sull’inserimento negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito del previsto richiamo al Protocollo di legalità del 1/08/2007 ed alle clausole risolutive espresse ivi previste (n° avvisi/bandi/lettere di invito monitorati, % di inserimento delle clausole sul n° degli atti monitorati); dati sul n° contratti interessati dall’avvio di azioni di tutela.

Per le annualità 2017-2019, come indicato nella seguente tabella, si proseguirà con l’azione di verifica e monitoraggio sull’inserimento negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito del previsto richiamo al Protocollo di legalità del 1/08/2007 ed alle clausole risolutive espresse ivi previste e con la richiesta dei dati sugli esiti di dette attività.

FASE	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	2017	2018	2019
1. Verifica e monitoraggio, anche a campione, sull'inserimento negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito del previsto richiamo al Protocollo di legalità del 1/08/2007 ed alle clausole risolutive espresse ivi previste	Ufficio Speciale Centrale Acquisti	Dati su esiti della verifica come richiesta dal RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno		
2. Raccolta di informazioni sull'attivazione di azioni di tutela		Trasmissione dati al RPCT su n° contratti interessati dall'avvio di azioni di tutela			
3. Monitoraggio sull'efficace attuazione della misura di prevenzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Redazione relazione monitoraggio	Entro il 15 dicembre di ogni anno		

8.1.13 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Il PNA 2013 stabilisce che le amministrazioni debbano realizzare azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile al fine di promuovere la cultura della legalità e di coinvolgere la cittadinanza attraverso una efficace comunicazione della strategia di prevenzione dei fenomeni di corruzione.

Una delle azioni in cui si concretizza tale misura è la realizzazione di attività di informazione e sensibilizzazione, nonché di azioni sul territorio che prevedano il coinvolgimento attivo delle diverse categorie di stakeholder.

Nel 2015 e 2016, per quanto attiene le azioni di sensibilizzazione espletate, sono stati realizzati interventi seminariali on line destinati alle amministrazioni del territorio della Regione, attraverso cui sono stati veicolati i principali contenuti in tema di prevenzione del fenomeno corruttivo (etica, legalità, disciplina nazionale anticorruzione e sua attuazione a livello regionale). In particolare, sono state realizzate le seguenti azioni:

- n. 1 webinar sul tema *“Il PTPCT come strumento di prevenzione della corruzione: fasi e azioni del processo di gestione del rischio”*. Destinatari della sessione formativa sono stati i dipendenti di Amministrazioni Pubbliche ricadenti nel territorio della Regione Campania;
- partecipazione al II ciclo di webinar *“Anticorruzione e cultura dell'integrità”* (si veda punto sulla misura *Formazione*) aperta anche ai dipendenti delle Amministrazioni Pubbliche del territorio regionale campano, i quali hanno quindi potuto richiedere l'iscrizione ad una delle due edizioni in programma;
- Ciclo di 8 webinar su *“Anticorruzione e cultura dell'integrità: una strategia partecipata”*, rivolto a dirigenti e funzionari di Enti Locali della Campania, Società partecipate, Enti strumentali ed Enti di diritto privato controllati dalla Regione e altri attori del sistema territoriale regionale.

Con riferimento alla comunicazione con l'esterno, si rappresenta che segnalazioni, richieste di chiarimento e/o di intervento su specifiche attività e su misure di prevenzione e contrasto sono pervenute agli indirizzi e-mail e pec dedicati alla trasparenza e all'anticorruzione e/o per il tramite di altre strutture dell'Ente. Rispetto a tali richieste, il RPCT si è attivato presso le strutture deputate a fornire le informazioni, i chiarimenti o gli interventi richiesti.

FASE	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	2017	2018	2019
1. Realizzazione periodica di almeno una iniziativa/evento di sensibilizzazione della cittadinanza e finalizzati alla promozione della cultura della legalità	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Realizzazione dell'iniziativa	Entro il 31 dicembre di ogni anno		
2. Monitoraggio sull'efficace attuazione della misura di prevenzione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Redazione relazione monitoraggio	Entro il 15 dicembre di ogni anno		

SEZIONE IV – TRASPARENZA

9. La nuova trasparenza

Il Decreto n. 97 del 16 maggio 2016 *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell’articolo 7 delle legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* ha sancito una nuova tappa nell’evoluzione concettuale, e soprattutto normativa, del significato di *“trasparenza”* all’interno della Pubblica Amministrazione italiana.

Dal diritto di accesso ai documenti amministrativi, introdotto dalla legge n. 241/1990 e primo intervento volto a superare i contrasti tra cittadino e PA, si è passati al concetto di trasparenza quale accessibilità totale al servizio della collettività grazie al D.Lgs. n. 150/2009. Il concetto di trasparenza è stato successivamente rafforzato dalla legge n.190/2012, recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*, divenendo uno dei principali strumenti normativi di contrasto alla corruzione. Si è, quindi, giunti alla definizione di *“nuova trasparenza”*, che significa rendere pubblica l’attività a chiunque. Quest’ultima fase è iniziata con il D.Lgs. n. 33/2013, attuativo della legge anticorruzione, e si è evoluta con le modifiche ad esso apportate dal D.Lgs. n. 97/2016, ispirato all’internazionale Freedom Of Information Act.

Il D.Lgs. n. 97/2016 si è posto l’obiettivo di semplificare la normativa esistente in materia di trasparenza, nonché quello di razionalizzare gli obblighi di pubblicazione nei confronti delle pubbliche amministrazioni. Tra le modifiche di maggior rilievo operate al D.Lgs. n. 33/2013 si annovera la soppressione del Piano Triennale della Trasparenza e l’Integrità come documento a sé stante e la sua piena integrazione all’interno del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, come sezione specifica. Il novellato art. 10 chiarisce che la sezione del PTPCT sulla trasparenza deve essere impostato come atto organizzativo dei flussi informativi necessari per garantire l’individuazione, l’elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

Il D.Lgs. n. 97/2016 ha, inoltre, ampliato il concetto di accesso civico già presente nell’ordinamento italiano, introducendo il nuovo istituto dell’accesso civico generalizzato (cd. FOIA) agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni.

Per la redazione della presente sezione si è tenuto conto dei chiarimenti forniti dall’Autorità Nazionale Anticorruzione nell’ambito delle *“Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016”*, poste in consultazione dall’A.N.AC. il 25 novembre 2016.

10. Gli obblighi di pubblicazione

I dati oggetto di obbligo di pubblicazione sono specificatamente indicati nell'Allegato 5 al presente Piano, redatto in conformità alle linee guida dell'A.N.AC., denominato "Sezione 'Amministrazione Trasparente' – Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti".

In particolare, la tabella ricognitiva dei dati da pubblicare - in relazione a ciascun obbligo - è strutturata come segue:

- ✓ Colonna 1) denominazione sotto-sezione livello 1 (suddivisione per macrofamiglie);
- ✓ Colonna 2) denominazione sotto-sezione livello 2 (suddivisione per tipologie di dati);
- ✓ Colonna 3) i riferimenti normativi che rendono obbligatoria la pubblicazione dell'informazione, dato e documento;
- ✓ Colonna 4) la denominazione del singolo obbligo;
- ✓ Colonna 5) contenuto da pubblicare;
- ✓ Colonna 6) Aggiornamento;
- ✓ Colonna 7) ufficio responsabile della produzione, raccolta, aggiornamento delle informazioni da pubblicare.

Si precisa che – anche all'esito della definizione del processo di riorganizzazione dell'ente e dell'attribuzione dei relativi incarichi – con successivo atto si procederà all'aggiornamento tempestivo dell'Allegato 5 del presente Piano.

Di seguito si riportano le principali modifiche o integrazioni apportate dal d.lgs 97/2016 agli obblighi di pubblicazione del d.lgs 33/2013.

- **Qualità delle informazioni pubblicate, Open data, decorrenza e durata di pubblicazione**

In ossequio alle disposizioni di cui all'art. 6 del d.lgs 33/2013, le informazioni pubblicate sul sito internet della Regione Campania devono essere aggiornate costantemente e tempestivamente, devono essere facili da consultare, comprensibili, e agevolmente accessibili e reperibili anche a mezzo di motori di ricerca.

Gli obblighi di pubblicazione devono essere comunque assolti anche in conformità al paradigma dei dati aperti, ossia non solo deve essere garantita l'accessibilità totale delle informazioni, ma anche la fruizione gratuita e la facoltà di riutilizzo.

Sebbene la durata ordinaria della pubblicazione viene fissata in cinque anni, un' importante modifica è quella apportata dal D.Lgs. n. 97/2016 all'art. 8, co. 3 del decreto 33/2013: trascorso il quinquennio (o i

diversi termini all'occorrenza indicati dall'A.N.AC. - art. 8, co. 3-bis), gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno. Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico ai sensi dell'art. 5.

Art. 4-bis, co. 2- Dati sui pagamenti

Il D.Lgs. n. 97/2016 ha introdotto l'art. 4 bis allo scopo di innalzare i livelli di trasparenza sull'utilizzo delle risorse pubbliche mediante il sito internet "Soldi pubblici" e mediante la pubblicazione sulla sezione "Amministrazione Trasparente" dei dati sui pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento ed al beneficiario.

Il comma 2 dell'art. 4 bis prevede, inoltre, la pubblicazione obbligatoria dei dati sui pagamenti (tipologia di spesa sostenuta, ambito temporale di riferimento e beneficiari) in un'apposita sottosezione di "Amministrazione trasparente", denominata "Pagamenti dell'amministrazione/Dati sui pagamenti". Si tratta di un nuovo obbligo, per il quale, con l'art. 47 comma 1 bis, il legislatore ha previsto l'applicazione della sanzione amministrativa pecuniaria nei confronti del responsabile della mancata pubblicazione dei dati.

Nello specifico si rinvia alle disposizioni organizzative previste dal Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza di cui alla nota prot. n° 807744 del 12\12\2016.

Art. 12 - Atti di carattere normativo e amministrativo generale

Il novellato art.12, co. 1, dispone la pubblicazione di ogni atto che riguardi l'organizzazione, le funzioni, gli obiettivi, i procedimenti, l'interpretazione di disposizioni di legge che incidono sull'attività dell'Amministrazione e i codici di condotta.

L'obbligo di pubblicazione, per quanto direttamente applicabile alla Regione Campania, è stato esplicitamente esteso ai documenti di programmazione strategico-gestionale e agli atti dell'Organismo indipendente di valutazione. Come precisato dall'A.N.AC., questi ultimi vanno pubblicati nella sezione "controlli e rilievi sull'amministrazione".

Nello specifico si rinvia alle disposizioni organizzative previste dal Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza di cui alla nota prot. n° 839929 del 27\12\2016.

Art. 15- Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza

Con la modifica dall'art. 14 del D.Lgs. n. 97/2016, l'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013 disciplina ora solamente la pubblicazione dei dati relativi agli incarichi di collaborazione e di consulenza conferiti e affidati a soggetti esterni a qualsiasi titolo, sia oneroso che gratuito. L'articolo, cioè, non riguarda più gli obblighi di

pubblicazione dei dati sui dirigenti ora regolati dall'articolo 14 co. 1 bis e 1 ter. I dati da pubblicare sono rimasti immutati rispetto alla precedente formulazione dell'art. 15.

Nello specifico si rinvia alle disposizioni organizzative previste dal Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza di cui alla nota prot. n° 839891 del 27\12\2016.

Art. 19 - Bandi di concorso

L'art. 18 del D.Lgs. n. 97/2016 ha modificato l'art. 19 del D.Lgs. n. 33/2013 prevedendo: a) l'abrogazione dell'obbligo di pubblicazione dei bandi espletati nell'ultimo triennio con l'indicazione del numero dei dipendenti assunti e delle spese effettuate; b) l'introduzione dell'obbligo di pubblicare anche *“i criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte”*. Tale pubblicazione deve essere tempestivamente effettuata al termine delle prove stesse.

Art. 22- Dati relativi agli enti pubblici vigilati, e agli enti di diritto privato in controllo pubblico, nonché alle partecipazioni in società di diritto privato

Le modifiche introdotte all'art. 22 dal D.Lgs. n. 97/2016 hanno interessato sia gli obblighi di trasparenza posti in capo alle Amministrazioni che quelli a cui sono tenuti gli enti e le società a cui le stesse partecipano. Per quanto concerne i dati da pubblicare, si segnalano le seguenti integrazioni, in aggiunta a quanto previsto in precedenza:

ai sensi della lettera d-bis) introdotta nel co. 1 dell'art. 22, le amministrazioni sono ora tenute a pubblicare anche *«i provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124»*

ai sensi del decreto legislativo 19 agosto 2016 n. 175 *«Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica»*, a cui la lettera d-bis) rinvia, le pubbliche amministrazioni titolari di partecipazioni di controllo in società, oltre che le medesime società, sono tenute a pubblicare i provvedimenti e i contratti di cui ai co. 5 e 6 dell'art. 19 del D.Lgs. 175/2016. Si tratta dei provvedimenti in cui le amministrazioni fissano, per le società in controllo pubblico, gli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi incluse quelle per il personale e dei provvedimenti in cui le società in controllo pubblico recepiscono gli obiettivi relativi alle spese di funzionamento fissati dalle pubbliche amministrazioni. Tali documenti sono quindi pubblicati dalle amministrazioni titolari di partecipazioni di controllo in società (nonché dalle società), anche mediante collegamento ipertestuale, nella sottosezione di secondo livello *“Società partecipate/provvedimenti società partecipate della sezione “Amministrazione trasparente”*.

Nello specifico si rinvia alle disposizioni organizzative previste dal Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza di cui alle note prot. n° 0494492 del 19\07\2016 e prot. n° 0030390 del 16/01/2017.

Art. 23- Provvedimenti amministrativi e art. 24- Dati aggregati relativi all'attività amministrativa

L'articolo 23 del D.Lgs n. 33 del 2013, è stato modificato dall'art. 22 del D.Lgs. n.97/2016. Il D.Lgs. n.97 ha abrogato le disposizioni dell'art. 23 che prevedevano la pubblicazione di autorizzazioni e concessioni, concorsi, prove selettive e progressioni di carriera.

I medesimi obblighi, tuttavia, permangono in quanto sono previsti dall'art. 1, co. 16 lett. a) e d) della legge n. 190/2012 non abrogato.

Nello specifico si rinvia alle disposizioni organizzative previste dal Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza di cui alla nota prot. n° 842116 del 28\12\2016.

L'art. 43 del D.Lgs. n. 97/2016 ha abrogato l'art. 24 del D.Lgs. n. 33/2013. L'abrogazione ha riguardato anche la pubblicazione dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato ai sensi dell'art. 1, co. 28 della legge n. 190/2012. Tali articoli, ad avviso dell'A.N.AC., sono stati pertanto abrogati al fine di armonizzare gli obblighi di trasparenza contenuti nella legge n. 190/2012 e nel D.Lgs. n. 33/2013 ed evitare duplicazioni normative.

Nello specifico, per l'anno 2016, si rinvia alle disposizioni organizzative previste dal Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza di cui alla nota prot. n°843827 del 29\12\2016.

Art. 29- Bilancio, preventivo e consuntivo, Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, dati concernenti il monitoraggio degli obiettivi

Ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. n. 33/2013, le pubbliche amministrazioni sono tenute a pubblicare il bilancio di previsione e consuntivo, completo di allegati, entro trenta giorni dall'adozione. Il co. 1 del medesimo articolo, peraltro, richiede di pubblicare, in aggiunta, i dati relativi al bilancio di previsione e a quello consuntivo in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche.

Al medesimo scopo è orientata la disposizione contenuta al co. 1 bis, che richiede di pubblicare e rendere accessibili i dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentirne l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.

Connesso e complementare alla pubblicazione integrale e semplificata dei documenti di bilancio nonché dei dati relativi alle entrate ed alla spesa, risulta l'obbligo di pubblicazione del piano di indicatori di cui al co. 2, con cui si fornisce ai cittadini la possibilità di esercitare anche un controllo sugli obiettivi della pubblica amministrazione.

Nello specifico si rinvia alle disposizioni organizzative previste dal Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza di cui alla nota prot. n° 807744 del 12\12\2016.

Art. 31-Dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione

Il novellato articolo 31 impone di pubblicare tutti gli atti degli organismi indipendenti di valutazione o nuclei di valutazione, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti. Inoltre, occorre pubblicare la relazione degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio nonché tutti i rilievi ancorché non recepiti della Corte dei Conti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle Amministrazioni e dei loro uffici.

Ai fini degli obblighi di pubblicazione, l'A.N.AC. ritiene che si faccia riferimento agli atti conclusivi adottati dagli OIV, quali, ad esempio, a titolo meramente esemplificativo, la relazione annuale sullo stato del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità, la validazione della relazione sulla performance di cui all'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009 e l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza da parte dell'Amministrazione.

Art. 32- Dati sui servizi erogati

La modifica apportata al co. 2 è diretta a chiarire che le pubbliche amministrazioni (e gestori dei servizi pubblici), una volta individuati annualmente i servizi erogati agli utenti sia finali sia intermedi, secondo quanto stabilito all'art. 10, co. 5, del decreto trasparenza, sono tenute a pubblicare i costi contabilizzati e il relativo andamento nel tempo, obbligo già previsto nel testo previgente. In coerenza con l'esigenza di semplificazione di cui la norma è espressione, ai fini della pubblicazione di tali dati non è più necessario distinguere i costi imputabili al personale da quelli effettivamente sostenuti in relazione al servizio svolto, come previsto nel testo previgente del co. 2, eliminandosi così un onere di raccolta ed elaborazione spesso complesso. L'ulteriore semplificazione introdotta al co. 2 fa venir meno l'obbligo di pubblicare i tempi medi di erogazione dei servizi, riferiti all'esercizio finanziario precedente.

Art. 33- Dati sui tempi medi di pagamento

Il novellato art. 33 prevede che nel calcolo dell'indicatore annuale e trimestrale dei tempi medi di pagamento, si debbano considerare, oltre gli acquisti di beni, servizi e forniture, anche i pagamenti relativi alle prestazioni professionali, non indicati nella precedente formulazione. Viene in tal modo chiarito che la misurazione dei tempi riguarda ogni tipo di contratto stipulato dall'amministrazione/ente, ivi compresi quelli aventi ad oggetto prestazioni professionali, affidati nel rispetto della disciplina vigente in materia.

Ulteriore novità riguarda la previsione della pubblicazione, con cadenza annuale, dell'ammontare complessivo dei debiti e del numero delle imprese creditrici. La Regione Campania, pertanto, rende disponibile nella sottosezione di secondo livello "Indicatore di tempestività dei pagamenti/ammontare complessivo dei debiti" della sezione "Amministrazione trasparente", entro il 31 gennaio dell'anno

successivo a quello di riferimento, l'ammontare complessivo del debito maturato e il numero delle imprese creditrici.

Nello specifico si rinvia alle disposizioni organizzative previste dal Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza di cui alla nota prot. n° 807744 del 12\12\2016.

Art. 35- Procedimenti amministrativi

Il novellato art. 35 prevede la semplificazione degli obblighi di pubblicazione relativi ai procedimenti amministrativi, ai controlli sulle dichiarazioni sostitutive e all'acquisizione d'ufficio dei dati.

In particolare è stato eliminato l'obbligo di:

pubblicare il nome del responsabile del procedimento, sostituito con la pubblicazione dell'ufficio responsabile (co.1, lett. c);

pubblicare i risultati dell'indagine di *customer satisfaction* effettuata per verificare il livello di qualità dei servizi erogati, previsto alla lett. n), abrogata dall'art. 30 del d. lgs. 97/2016.

pubblicare le eventuali convenzioni che regolamentano le modalità di accesso ai dati secondo quanto previsto nel C.A.D. e le ulteriori modalità per acquisire d'ufficio i dati per lo svolgimento dei controlli sulle autocertificazioni (co. 3, lett. b) e c).

Art. 37 - Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture

Con la nuova formulazione dell'art. 37 vivono gli obblighi di pubblicazione contenuti nell'art. 1, co. 32, della legge n. 190/2012 e si introduce l'obbligo di pubblicazione degli atti e delle informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. n. 50/2016. L'A.N.AC. ritiene che le pubbliche amministrazioni e gli altri soggetti tenuti di cui all'art. 2 bis del D.Lgs. n. 33/2013 siano tenuti a pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" - sottosezione "Bandi di gara e contratti" gli atti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. n. 50/2016, come elencati nell'allegato 1, nonché i verbali delle commissioni di gara nel rispetto della normativa sulla riservatezza. Gli atti in questione possono essere pubblicati nella predetta sottosezione, anche tramite link ad altre parti del sito, in attuazione dell'art. 9 del D.Lgs. n. 33/2013. Nello specifico si rinvia alle disposizioni organizzative previste dal Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza di cui alla nota prot. n° 805080 del 12\12\2016.

Art. 38- Dati sui processi di pianificazione, realizzazione e valutazione delle opere pubbliche

L'art. 38 è stato riformulato dal D.Lgs. n. 97/2016, al fine di semplificare gli obblighi di trasparenza stabiliti nel testo previgente concernenti l'attività di pianificazione, realizzazione e valutazione delle opere pubbliche. Fermo restando l'obbligo di pubblicare le informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, aventi funzioni di assistenza e supporto tecnico nelle fasi di programmazione e verifica di progetti e interventi, la novella legislativa prevede la pubblicazione di:

- a) informazioni relative alle funzioni ed ai compiti attribuiti ai nuclei di valutazione;
- b) procedure e criteri di valutazione dei componenti e i loro nominativi.

Risultano invece soppressi, anche in coerenza con l'introduzione dell'accesso FOIA e la prossima apertura delle banche dati, gli obblighi di pubblicazione dei documenti recanti le linee guida per la valutazione degli investimenti, le relazioni annuali sullo stato di attuazione della pianificazione, ogni altro documento predisposto nell'ambito della valutazione, ivi inclusi i pareri dei valutatori che si discostino dalle scelte delle amministrazioni e gli esiti delle valutazioni ex post che si discostino dalle valutazioni ex ante.

L'obbligo di pubblicare i documenti di programmazione delle opere pubbliche, è contenuto al co. 2, anch'esso riformulato dal D.Lgs. n. 97/2016. Detto comma risulta coordinato con le disposizioni in materia di programmazione delle acquisizioni contenute nel nuovo codice appalti, attraverso il richiamo all'art. 21 del d. lgs. 50/2016. Al riguardo si rinvia ai dati da pubblicare ai sensi dell'art. 37 d.lgs 33/2013 (*"Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori servizi e forniture"*).

Ai fini dell'adempimento al co. 2 dell'art. 38 è necessario che le stazioni appaltanti procedano ad inserire, nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Opere Pubbliche" del proprio sito istituzionale il collegamento ipertestuale alla sezione "contratti e appalti", ove risultano pubblicati i dati in questione.

Immutato è l'obbligo di pubblicare le informazioni relative ai tempi, ai costi unitari e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.

Art. 39- Attività di pianificazione del territorio

Gli obblighi di trasparenza relativi agli atti di governo del territorio di cui all'art. 39 sono stati semplificati dal D.Lgs. n. 97/2016, anche in considerazione dell'introduzione dell'accesso civico generalizzato. Rimangono oggetto di obbligo di pubblicazione i piani territoriali, i piani di coordinamento, i piani paesistici, gli strumenti urbanistici generali ed attuativi e le loro varianti. Non sono più oggetto di pubblicazione obbligatoria gli schemi di provvedimento, le delibere di adozione o approvazione e i relativi allegati tecnici.

11. Il processo di attuazione della trasparenza - individuazione degli Uffici responsabili della trasmissione, della pubblicazione dei dati e dei referenti

Al fine della corretta attuazione delle disposizioni in materia di trasparenza concorrono il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, dr.ssa Giovanna Paolantonio, nominata con Decreto Presidenziale n° 454 del 25/11/2013, tutte le strutture dell'Amministrazione, i relativi dirigenti, i referenti e la struttura Responsabile del Portale.

All'interno dell'organizzazione regionale, il RPCT, in riferimento alle attività allo stesso assegnate dalla normativa vigente in materia di trasparenza, è chiamato a garantire il principio di trasparenza e accessibilità

totale, svolgendo una funzione di coordinamento e di vigilanza nei riguardi dei dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione.

Al riguardo si è stabilito che i singoli dirigenti sono responsabili del dato da pubblicare e dell'attuazione delle previsioni del programma; tutti i dirigenti dell'Ente sono responsabili, per le strutture di competenza, della predisposizione, dell'aggiornamento tempestivo e della trasmissione dei dati oggetto di pubblicazione, per il tramite dei Referenti, alla Redazione del portale della Regione Campania, nel rispetto della normativa sulla privacy, con particolare riferimento alle "Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati", pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 134 del 12 giugno 2014.

Al fine di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni oggetto di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del predetto portale, ai sensi della normativa vigente, per ogni struttura complessa è stato individuato un dirigente quale referente, allo scopo di garantire l'unitarietà di azione della struttura di appartenenza.

Nel caso di mancata individuazione, il referente coincide con il Responsabile di vertice delle Strutture (Direttore Generale – Responsabile Uffici Speciali e Strutture di Missione - Resp. Segreterie Politiche).

Per quanto concerne i dati ex art.22 del D.lgs n°33\2013 e ss.mm.ii., il Referente deputato alla Raccolta e al Monitoraggio è identificato nel Responsabile dell'Ufficio Speciale Controllo e Vigilanza su Enti e Partecipate in raccordo con i Dirigenti di Staff competenti in materia di monitoraggio e vigilanza di società, enti e organismi di riferimento, presenti presso ogni Direzione.

I referenti, già secondo le previsioni del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.) 2014 – 2016 e del successivo aggiornamento, sono responsabili della raccolta, nell'ambito delle strutture di riferimento, dei dati da pubblicare e del successivo inoltro alla redazione del portale, che ne cura la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente", nonché del monitoraggio circa il buon esito della pubblicazione.

Essi svolgono una funzione di raccordo con il Responsabile della Trasparenza curando, in particolare, le seguenti attività:

- ✓ predisposizione, aggiornamento e trasmissione della modulistica da utilizzare per la pubblicazione dei dati soggetti ad obbligo di trasparenza amministrativa;
- ✓ raccolta di quesiti inerenti la tematica della trasparenza, inoltro alle strutture competenti a fornire risposte in merito, trasmissione di eventuali feedback ricevuti (chiarimenti e indicazioni relativi ai quesiti posti);
- ✓ trasmissione dei dati ricevuti alla struttura di redazione centrale per la pubblicazione nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente"; il rispetto della normativa sulla privacy deve essere

assicurato dai dirigenti responsabili i quali devono avere cura di individuare i dati riservati e rimuoverli dalle informazioni che vengono trasmesse al referente per la pubblicazione;

- ✓ inoltro di eventuali informative e aggiornamenti inerenti la tematica della trasparenza;
- ✓ invio di solleciti e memorandum periodici circa l'osservanza degli adempimenti;
- ✓ monitoraggio sul corretto assolvimento degli obblighi della Trasparenza.

Per la fruibilità dei dati, tutti i responsabili dei dati devono curare la qualità della pubblicazione, affinché si possa accedere in modo agevole alle informazioni e se ne possa comprendere il contenuto.

In particolare gli stessi devono essere:

- completi ed accurati e nel caso si tratti di documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni, ad eccezione dei casi in cui tali documenti contengano dati personali di vietata o inopportuna diffusione, anche in applicazione del principio di pertinenza e non eccedenza dei dati stessi;
- comprensibili: il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente;
- tempestivi: la pubblicazione dei dati deve avvenire in tempi tali da poter essere utilmente fruita dall'utente;
- conformi ai documenti originali in possesso dell'Amministrazione, permettendo la riutilizzabilità secondo quanto previsto dall'articolo 7 del decreto del D.lgs n° 33/2013, ovvero “sono pubblicati in formato di tipo aperto (csv - odt) dell'articolo 68 del Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e sono riutilizzabili ai sensi del decreto legislativo 24 gennaio 2006, n. 36, del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità”.

Qualora i dati vadano pubblicati in tabelle, ciascuna Struttura dovrà trasmettere per il tramite del Referente, alla redazione del portale, i dati già collazionati in tal modo.

Nella trasmissione, occorre indicare la specifica sezione e sottosezione della tabella del citato programma a cui si fa riferimento, al fine di consentire la corretta e tempestiva pubblicazione da parte della competente struttura.

Con particolare riguardo al monitoraggio sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, di cui all'art.22 del D.Lgs. n. 33\2013, particolare enfasi viene attribuita alla Rete interna dei referenti, che presidia l'applicazione della normativa di cui trattasi all'interno della Regione.

In particolare, i Dirigenti di Staff competenti in materia di monitoraggio e vigilanza di società, enti e organismi di riferimento, provvedono alla raccolta e all'aggiornamento delle informazioni, come da schede predisposte al riguardo, anche con il contributo delle strutture dirigenziali titolari dei dati di cui trattasi. Gli stessi curano,

altresì, l'aggiornamento delle rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti.

Dette schede e rappresentazioni grafiche sono trasmesse all'Ufficio Speciale Controllo e Vigilanza su Enti e Partecipate, il quale a seguito dell'attività di raccolta e monitoraggio di competenza, provvede alla successiva pubblicazione nelle sezioni dedicate.

L'Ufficio Speciale Controllo e Vigilanza su Enti e Partecipate, deputato a fornire indicazioni in merito agli schemi da utilizzare per i dati concernenti le società in partecipazione, pubblica anche i dati di cui alla lettera d-bis.

Con riferimento alla pubblicazione nei siti internet di enti e società dei dati di cui al D.Lgs. n. n°33\2013, i Dirigenti di Staff, in raccordo con l'Ufficio Speciale Controllo e Vigilanza su Enti e Partecipate, rinnoveranno l'azione di sensibilizzazione sul rispetto degli obblighi di pubblicazione;

Con riguardo, invece, all'erogazione di somme a qualsiasi titolo a favore di enti e società, sono state fornite le seguenti indicazioni:

- Il dirigente preposto alla liquidazione delle somme verifica prioritariamente che nel sito della Regione siano pubblicati i dati di cui al citato art. 22 del D.lgs n°33\2013 ;
- Se la verifica ha esito positivo, il dirigente procede alla liquidazione, attestando nel relativo provvedimento l'assolvimento degli obblighi di cui trattasi;
- Se la verifica ha esito negativo, il dirigente sospende la liquidazione e lo comunica al Dirigente di Staff competente, al fine di sanare tempestivamente l'omissione\incompletezza secondo le modalità su indicate;
- Il mancato assolvimento, invece, sarà comunicato al Responsabile per la Trasparenza, al fine dell'avvio del procedimento sanzionatorio di cui all'art.47 del D.Lgs. n°33\2013.

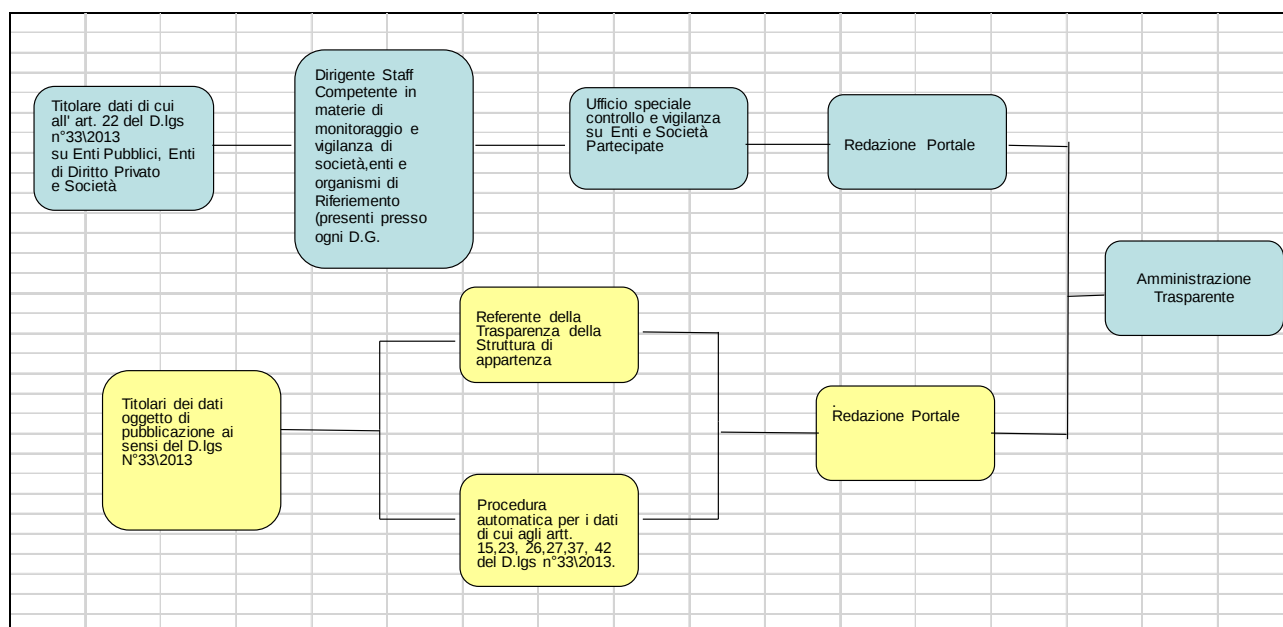
Si ricorda, in ogni caso, che il divieto di erogare somme non include i pagamenti cui l'amministrazione è tenuta a fronte di obbligazioni contrattuali per prestazioni rese in suo favore da parte di uno degli enti in controllo.

La redazione del portale dell'Ente – presso gli Uffici del Gabinetto del Presidente - garantisce l'indicazione della provenienza dei dati, la rintracciabilità degli stessi e la riutilizzabilità secondo quanto previsto dall'art.7 del D.Lgs. n. 33/2013.

Allo scopo di favorire la comprensibilità dei dati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparenze", nei casi in cui per la Regione Campania non ricorra una delle fattispecie dei dati da pubblicare, si procederà a indicare detta mancanza con un'apposita nota da pubblicare all'interno della sottosezione di Amministrazione Trasparente al quale il dato si riferisce. Tale indicazione sarà trasmessa da ciascuna Struttura per il tramite del Referente, al webmaster e alla redazione del portale.

Non essendo stato specificato dal Legislatore il concetto di tempestività, già con il PTI 2015-2017, al fine di rendere immediatamente fruibile il dato ed in attesa di indicazioni da parte dell'A.N.AC., si è ritenuto che - laddove sia prevista la “tempestività” - la pubblicazione debba essere effettuata entro e non oltre 15 gg, dalla disponibilità dello stesso. Per i dati soggetti all’aggiornamento “trimestrale” o “semestrale”, la pubblicazione è effettuata entro e non oltre 15 gg. dalla disponibilità dello stesso, allo scadere del trimestre o semestre. Per l’aggiornamento dei dati presenti nelle schede redatta ai sensi della L.R. n. 9/2010, art.1, e del D.Lgs. n. 33/2013, art. 14, si rinvia a quanto dettagliatamente previsto con le citate note sul tema.

11.1 Diagramma del flusso dei dati destinati alla pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente”



11.2 Misure organizzative e strumenti per l’attuazione della trasparenza

Oltre a quanto rappresentato nel paragrafo precedente, nel corso del 2016 è proseguita l’attività di costante pubblicazione degli atti e delle informazioni obbligatori ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 nel sito istituzionale della Regione nella sezione “Amministrazione Trasparente”, nel rispetto di quanto indicato nell’allegato prospetto riepilogativo del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2015-2017.

Allo scopo di garantire regolarità e tempestività dei flussi informativi, di concerto con i competenti Uffici, sono state identificate azioni dirette allo sviluppo di misure finalizzate all'integrazione del tema "trasparenza" con l'informatizzazione dell'azione amministrativa.

Ad oggi, all'atto dell'adozione dei provvedimenti dirigenziali soggetti a obblighi di pubblicazione, sono prodotti in automatico alcuni files da pubblicare nelle sezioni dedicate del portale istituzionale. Tale automatismo ha interessato i dati riferibili agli articoli 15 -23-26-27 -37-42 del D.Lgs. n. 33/2013.

Inoltre, al fine di ottimizzare i processi di feed-back con gli utenti esterni, sono stati attivati strumenti di rilevazione per monitorare l'utilizzo da parte di questi ultimi dei dati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del portale istituzione dell'Ente. L'attività di rilevazione proseguirà, a cura della redazione del portale, anche per il prossimo triennio.

Di seguito si riportano i report elaborati dalla Redazione del Portale della Regione Campania

Rilevazione accessi primo trimestre 2016

		Gennaio	Febbraio	Marzo	Totale
1	Amministrazione Trasparente	Gennaio	Febbraio	Marzo	Totale
2	Disposizioni Generali	12.583	12.399	11.276	36.258
3	Organizzazione	843	839	720	2.402
4	Consulenti e Collaboratori	3.474	3.879	3.693	11.046
5	Personale	1.539	1.687	1354	4.580
6	Bandi di concorso	3.966	3.668	3.223	10.857
7	Performance	3.157	2.701	2.205	8.063
8	Enti controllati	199	180	178	557
9	Attività e procedimenti	555	642	638	1.835
10	Provvedimenti	489	392	382	1.263
11	Controlli sulle imprese	652	544	538	1.734
12	Bandi di gara e contratti	152	140	108	400
13	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	8.695	8.206	6.519	23.420
14	Bilanci	869	807	703	2.379
15	Beni immobili e gestione patrimonio	187	192	195	574
16	Controlli e rilievi sull'amministrazione	242	237	186	665
17	Servizi erogati	73	69	80	222
18	Pagamenti dell'amministrazione	156	165	165	486
19	Opere pubbliche	337	318	312	967
20	Pianificazione e governo del territorio	308	264	233	805
21	Informazioni ambientali	225	205	213	643
22	Strutture sanitarie private accreditate	116	101	131	348
23	Interventi straordinari e di emergenza	673	601	736	2.010
24	Altri contenuti	78	123	103	304

Rilevazione accessi secondo trimestre 2016

			Maggio	Giugno	Totale
1	Amministrazione Trasparente	11747	11746	9620	33.113
2	Disposizioni Generali	787	836	585	2.208
3	Organizzazione	3951	4042	3295	11.288
4	Consulenti e Collaboratori	1186	993	794	2.973
5	Personale	3010	3229	2582	8.821
6	Bandi di concorso	2425	2357	1949	6.731
7	Performance	146	141	146	433
8	Enti controllati	591	502	442	1.535
9	Attività e procedimenti	323	316	255	894
10	Provvedimenti	452	555	392	1.399
11	Controlli sulle imprese	113	107	71	291
12	Bandi di gara e contratti	6832	6425	6778	20.035
13	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	739	714	526	1.979
14	Bilanci	143	136	125	404
15	Beni immobili e gestione patrimonio	147	141	144	432
16	Controlli e rilievi sull'amministrazione	46	53	74	173
17	Servizi erogati	135	134	126	395
18	Pagamenti dell'amministrazione	252	289	227	768
19	Opere pubbliche	225	330	203	758
20	Pianificazione e governo del territorio	204	189	140	533
21	Informazioni ambientali	102	86	66	254
22	Strutture sanitarie private accreditate	823	677	769	2.269
23	Interventi straordinari e di emergenza	73	102	52	227
24	Altri contenuti	614	697	533	1.844

Rilevazione accessi terzo trimestre 2016

		Luglio	Agosto	Settembre	Totale
1	Amministrazione Trasparente	10.145	6.183	10.620	26.948
2	Disposizioni Generali	588	368	632	1.588
3	Organizzazione	3.077	1.828	3.444	8.349
4	Consulenti e Collaboratori	864	693	1.110	2.667
5	Personale	2.646	1.884	3.076	7.606
6	Bandi di concorso	2.468	1.643	2.547	6.658
7	Performance	133	73	168	374
8	Enti controllati	456	220	411	1.087
9	Attività e procedimenti	226	195	263	684
10	Provvedimenti	410	259	414	1.083
11	Controlli sulle imprese	99	56	96	251
12	Bandi di gara e contratti	8.833	5.021	8.234	22.088
13	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	620	475	681	1.776
14	Bilanci	143	61	141	345
15	Beni immobili e gestione patrimonio	164	147	183	494
16	Controlli e rilievi sull'amministrazione	46	36	70	152
17	Servizi erogati	124	77	128	329
18	Pagamenti dell'amministrazione	193	164	233	590
19	Opere pubbliche	265	162	228	655
20	Pianificazione e governo del territorio	204	130	170	504
21	Informazioni ambientali	103	75	143	321
22	Strutture sanitarie private accreditate	641	520	740	1.901
23	Interventi straordinari e di emergenza	92	38	73	203
24	Altri contenuti	632	307	662	1.601

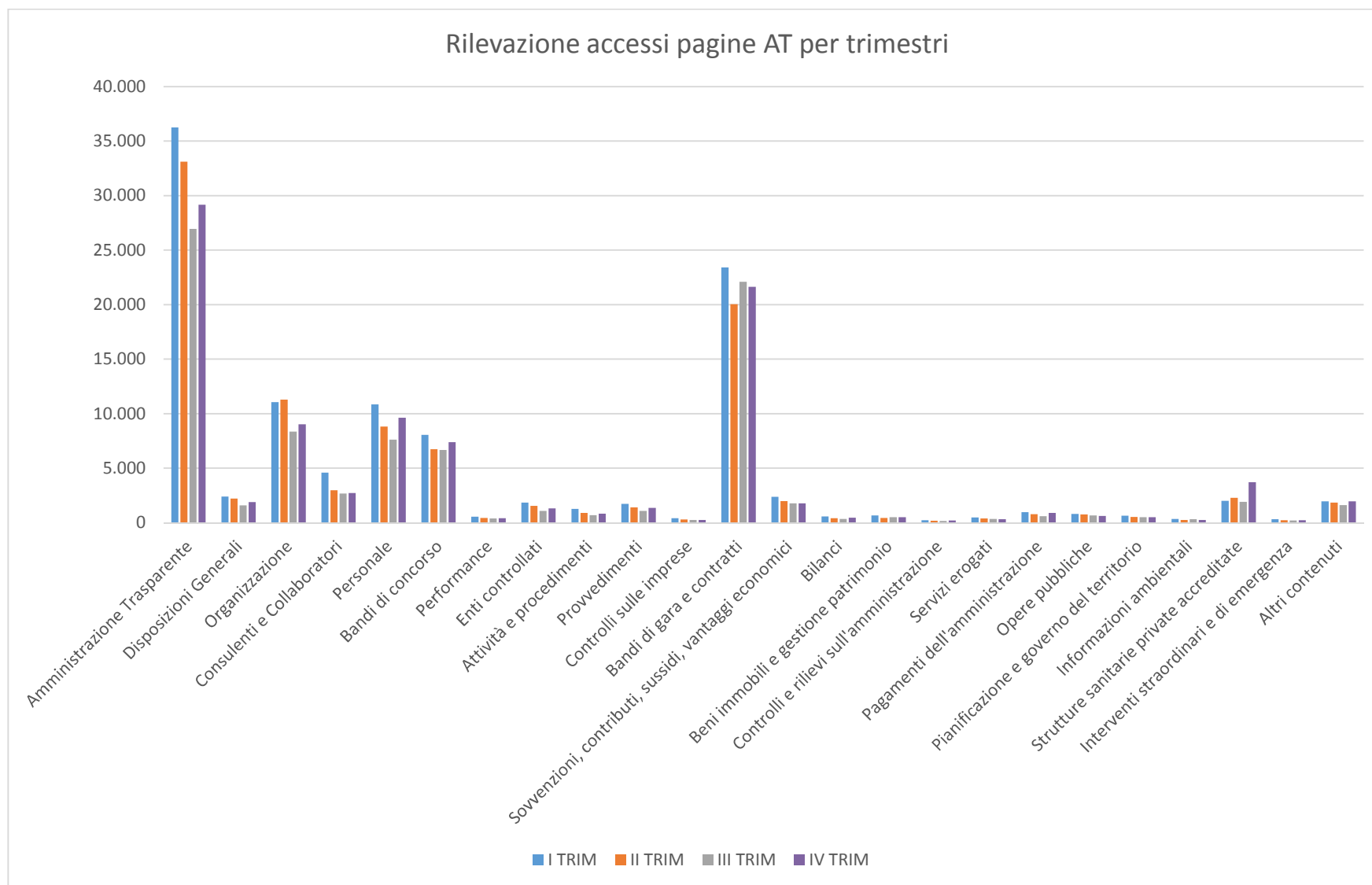
Rilevazione accessi quarto trimestre 2016

		Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale
1	Amministrazione Trasparente	11.032	9.642	8.488	29.162
2	Disposizioni Generali	698	643	539	1.880
3	Organizzazione	3.462	3.020	2.538	9.020
4	Consulenti e Collaboratori	1.104	932	674	2.710
5	Personale	3.674	3.054	2.893	9.621
6	Bandi di concorso	2.623	2.519	2.234	7.376
7	Performance	190	141	86	417
8	Enti controllati	510	490	299	1.299
9	Attività e procedimenti	306	291	216	813
10	Provvedimenti	515	399	432	1.346
11	Controlli sulle imprese	95	99	53	247
12	Bandi di gara e contratti	7.711	7.807	6.114	21.632
13	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	709	578	479	1.766
14	Bilanci	139	116	204	459

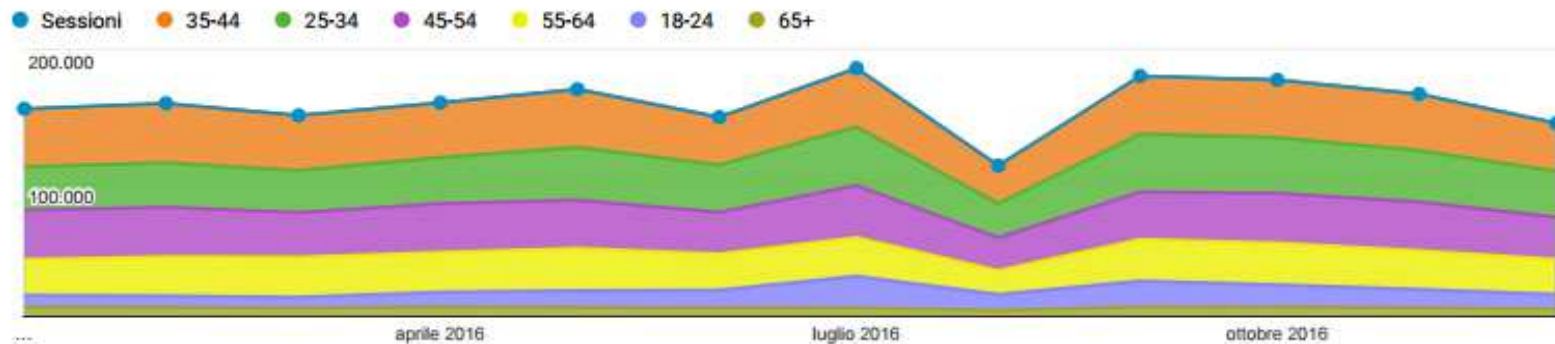
15	Beni immobili e gestione patrimonio	204	180	107	491
16	Controlli e rilievi sull'amministrazione	85	57	54	196
17	Servizi erogati	131	113	67	311
18	Pagamenti dell'amministrazione	329	262	301	892
19	Opere pubbliche	244	240	129	613
20	Pianificazione e governo del territorio	186	200	104	490
21	Informazioni ambientali	99	92	61	252
22	Strutture sanitarie private accreditate	1.365	1.362	993	3.720
23	Interventi straordinari e di emergenza	80	91	61	232
24	Altri contenuti	717	701	530	1.948

Riepilogo rilevazione accessi 2016

		I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Totale
1	Amministrazione Trasparente	36.258	33.113	26.948	29.162	125.481
2	Disposizioni Generali	2.402	2.208	1.588	1.880	8.078
3	Organizzazione	11.046	11.288	8.349	9.020	39.703
4	Consulenti e Collaboratori	4.580	2.973	2.667	2.710	12.930
5	Personale	10.857	8.821	7.606	9.621	36.905
6	Bandi di concorso	8.063	6.731	6.658	7.376	28.828
7	Performance	557	433	374	417	1.781
8	Enti controllati	1.835	1.535	1.087	1.299	5.756
9	Attività e procedimenti	1.263	894	684	813	3.654
10	Provvedimenti	1.734	1.399	1.083	1.346	5.562
11	Controlli sulle imprese	400	291	251	247	1.189
12	Bandi di gara e contratti	23.420	20.035	22.088	21.632	87.175
13	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	2.379	1.979	1.776	1.766	7.900
14	Bilanci	574	404	345	459	1.782
15	Beni immobili e gestione patrimonio	665	432	494	491	2.082
16	Controlli e rilievi sull'amministrazione	222	173	152	196	743
17	Servizi erogati	486	395	329	311	1.521
18	Pagamenti dell'amministrazione	967	768	590	892	3.217
19	Opere pubbliche	805	758	655	613	2.831
20	Pianificazione e governo del territorio	643	533	504	490	2.170
21	Informazioni ambientali	348	254	321	252	1.175
22	Strutture sanitarie private accreditate	2.010	2.269	1.901	3.720	9.900
23	Interventi straordinari e di emergenza	304	227	203	232	966
24	Altri contenuti	1.946	1.844	1.601	1.948	7.339

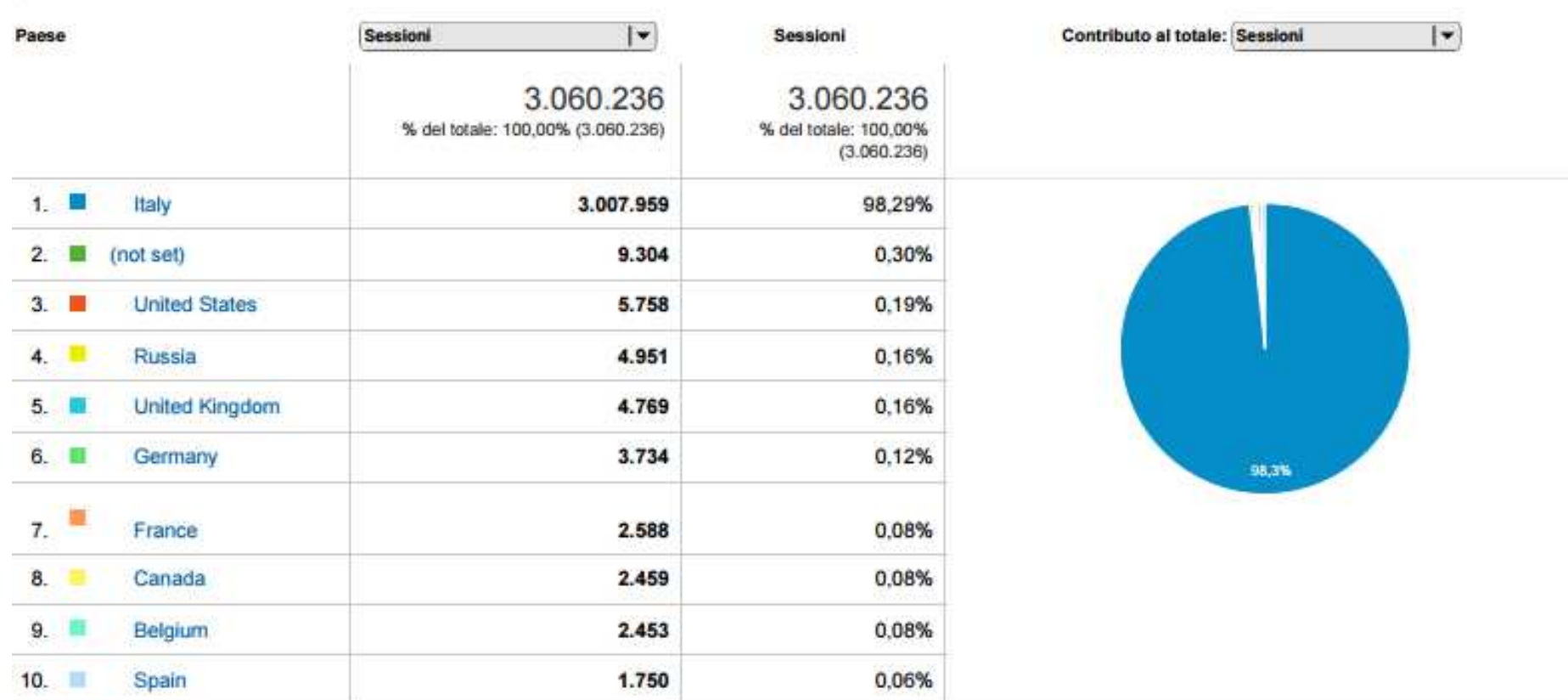


UTENTI UNICI DEL PORTALE [WWW.REGIONE.CAMPANIA.IT](http://www.regione.campania.it) DISTRIBUITI PER ETÀ



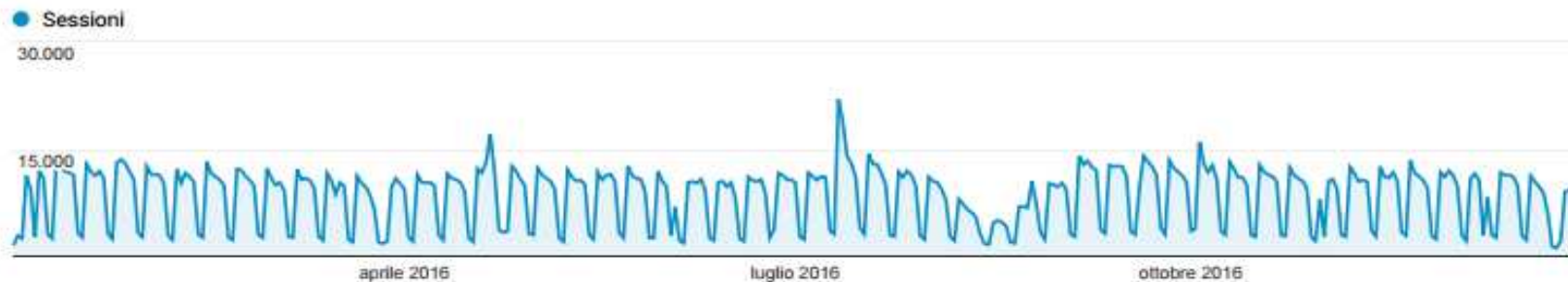
Età		Sessioni	Sessioni
		1.912.940 % del totale: 62,51% (3.060.236)	1.912.940 % del totale: 62,51% (3.060.236)
1.	35-44	487.381	25,48%
2.	25-34	435.343	22,76%
3.	45-54	417.212	21,81%
4.	55-64	339.389	17,74%
5.	18-24	159.686	8,35%
6.	65+	73.929	3,86%

UTENTI UNICI DEL PORTALE [WWW.REGIONE.CAMPANIA.IT](http://www.regione.campania.it) DISTRIBUITI PER LOCALITÀ



Righe 1 - 10 di 167

UTENTI UNICI DEL PORTALE [WWW.REGIONE.CAMPANIA.IT](http://www.regione.campania.it) DISTRIBUITI PER BROWSER UTILIZZATO



Browser		Sessioni	Sessioni	Contributo al totale: Sessioni
		3.060.236 % del totale: 100,00% (3.060.236)	3.060.236 % del totale: 100,00% (3.060.236)	
1.	Chrome	1.395.674	45,61%	
2.	Internet Explorer	871.334	28,47%	
3.	Firefox	402.022	13,14%	
4.	Safari	252.263	8,24%	
5.	Edge	52.540	1,72%	
6.	Android Browser	49.233	1,61%	
7.	Safari (in-app)	21.265	0,69%	
8.	Opera	5.954	0,19%	
9.	Android Webview	2.785	0,09%	
10.	BlackBerry	1.487	0,05%	

Inoltre, per rafforzare la cultura della trasparenza nell'Ente, sono stati realizzati percorsi formativi obbligatori a mezzo FAD sui temi "Anticorruzione, trasparenza e cultura dell'integrità", in particolare è stato realizzato il **Focus di approfondimento tematico "Dalla Trasparenza al "FOIA". Cosa e come cambia l'accesso civico (e la trasparenza)"**, realizzato nell'ambito della formazione obbligatoria generale trasversale prevista dall'Aggiornamento 2016 al Piano triennale di prevenzione della corruzione della Giunta Regionale della Campania 2015-2017.

Il percorso formativo ha avuto una durata complessiva di 6 ore, distribuite in n. 3 seminari formativi on line. I destinatari sono stati i Dirigenti e dipendenti di categoria B, C e D della Giunta Regionale che si occupano di trasparenza e accesso civico.

Inoltre, per raggiungere un maggior numero di interlocutori, chiunque voglia fornire un proprio contributo in materia potrà indirizzare un'email alla casella postale trasparenza.anticorruzione@regione.campania.it.

Con cadenza trimestrale, sarà elaborata una relazione sulle segnalazioni e richieste formulate dai portatori di interesse, dalla quale si potrà ricavare una mappatura completa ed aggiornata degli stessi, tastarne i reali bisogni e fornire risposte adeguate.

12. Accesso Civico

Il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, pubblicato in Gazzetta Ufficiale l'8 giugno 2016 e in vigore dal 23 giugno 2016, ha introdotto numerose e importanti modifiche al Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ridenominato "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

La disposizione vigente, prima dell'entrata in vigore del D. Lgs. n. 97/2016, configurava l'accesso civico come il diritto ad ottenere la pubblicazione nel sito internet di una p.a. di documenti, informazioni o dati in tutti i casi in cui la stessa – obbligatoria ai sensi di legge – fosse stata omessa.

Il Decreto Legislativo n. 97/2016 ha innovato l'originaria natura dell'istituto, ampliandone in maniera significativa l'ambito oggettivo di applicazione. Infatti, il comma 2 dell'art. 5 del D.Lgs. n. 33, come modificato dal D.Lgs. n. 97, recita: *"Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5bis"*.

Dunque, il diritto di accesso civico – esercitabile come prima da chiunque e senza alcun obbligo di motivazione dell'istanza (a prescindere dalla dimostrazione di uno specifico interesse, come invece richiesto

per l'accesso agli atti ai sensi della Legge n. 241/1990) – è esteso ai dati e documenti detenuti dall'Amministrazione, anche non rientranti fra quelli oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale (come invece previsto nell'accesso civico originariamente introdotto dall'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013).

12.1. Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico

Si rappresentano qui di seguito le modalità adottate per dare applicazione all'istituto in questione:

Accesso civico concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria [Articolo 5 comma 1 del D.Lgs 33/2013]

Il diritto alla pubblicazione nel sito istituzionale dell'Amministrazione dei dati, informazioni e documenti la cui pubblicazione è obbligatoria per legge prevede espressamente che l'istanza debba essere presentata direttamente al Responsabile della Trasparenza RPCT.

L'istituto prevede l'obbligo in capo alle Pubbliche Amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati e il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione. L'accesso civico suddetto ha anche la finalità di garantire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La richiesta non è sottoposta ad alcuna limitazione, quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al Responsabile dell'accesso civico dell'amministrazione che si pronuncia sulla stessa.

Oggetto dell'accesso civico non sono, dunque, però tutti i dati e i documenti qualificati espressamente come pubblici dalla normativa vigente, ma solo quelli per i quali, il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 prescrive la pubblicazione obbligatoria.

Il principio di trasparenza trova il limite nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali. In quest'ottica si devono rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione. La presenza di informazioni sensibili all'interno degli atti, tuttavia, non blocca la pubblicazione degli stessi, che devono essere semplicemente "depurati" dalle indicazioni soggette a particolare tutela per la privacy.

L'amministrazione inadempiente, entro 30 giorni, procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e alla contestuale trasmissione al richiedente ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione indicando il collegamento ipertestuale.

E' opportuno evidenziare che l'accesso civico non sostituisce il diritto di accesso di cui all'art. 22 della legge 7 agosto 1990 n. 241. Quest'ultimo infatti è uno strumento finalizzato a proteggere interessi giuridici particolari da parte di soggetti che sono portatori di un interesse diretto, concreto ed attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso, e si esercita con la visione o l'estrazione di copia di documenti amministrativi.

Accesso civico concernente dati e documenti ulteriori [Articolo 5 comma 2 del D.Lgs 33/2013]

Il diritto all'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi dello stesso D.Lgs. n. 33/2013 va esercitato - per quanto previsto dal comma 3 dell'art. 5 - presentando istanza all'URP regionale, che ne curerà il successivo inoltro alla struttura che detiene i dati, ai fini dell'avvio e della conclusione del relativo procedimento, nonché - per conoscenza - alla Scrivente quale Responsabile della Trasparenza, allo scopo di consentire il monitoraggio dei tempi procedurali.

Il nuovo testo dell'art. 5 conferma che il termine di conclusione del procedimento è di 30 giorni dall'acquisizione dell'istanza al protocollo dell'Ente.

Va inoltre segnalato che il comma 3 dell'art. 5 dispone espressamente che il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'Amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Analogamente a quanto disposto dalla Legge n. 241/1990 relativamente al diritto di accesso agli atti amministrativi, l'art. 5 bis del D.Lgs. n. 33/2013 riformato, ai commi 1 e 2, prevede che l'accesso civico di cui all'articolo 5, comma 2 "è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:

- a) la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico;
 - b) la sicurezza nazionale;
 - c) la difesa e le questioni militari;
 - d) le relazioni internazionali;
 - e) la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
 - f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
 - g) il regolare svolgimento di attività ispettive", nonché "per evitare un pregiudizio concreto alla tutela dei seguenti interessi privati:
- a) la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia;
 - b) la libertà e la segretezza della corrispondenza;
 - c) gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali".

La medesima disposizione, al comma 6, demanda la definizione dei casi di esclusione e limitazione del diritto di accesso civico alle specifiche "linee guida" attraverso cui l'A.N.AC. ha fornito indicazioni operative in merito.

Il procedimento di accesso civico si conclude, ai sensi del comma 6 dell'art. 5, con un provvedimento espresso e motivato (nei casi di rifiuto, differimento o limitazione dell'accesso con specifico riferimento ai limiti di cui all'art. 5 bis), da comunicare al richiedente ed agli eventuali controinteressati. In caso di accoglimento, dovrà seguire tempestivamente, a seconda che si ricada nell'una o nell'altra delle due fattispecie di accesso, la

trasmissione dei dati o documenti al richiedente ovvero la pubblicazione degli stessi sul sito, con comunicazione al richiedente del relativo collegamento ipertestuale.

In caso di accoglimento dell'istanza a fronte di opposizione del controinteressato, i dati o documenti possono essere trasmessi al richiedente non prima di quindici giorni dal ricevimento della comunicazione del provvedimento da parte del controinteressato.

Il comma 7 dell'art. 5 prevede che nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine di trenta giorni, il richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide, con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni.

Se l'accesso è stato negato o differito a tutela degli interessi di cui all'articolo 5bis, comma 2, lettera a), cioè per la protezione di dati personali, il suddetto Responsabile provvede sentito il Garante per la protezione dei dati personali, il quale si pronuncia entro il termine di dieci giorni dalla richiesta. A decorrere dalla comunicazione al Garante, il termine per l'adozione del provvedimento da parte del responsabile è sospeso, fino alla ricezione del parere del Garante e comunque per un periodo non superiore ai predetti dieci giorni. Fatta salva la previsione del comma 8 dell'art. 5, avverso la decisione dell'amministrazione competente o, in caso di richiesta di riesame, avverso quella del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il richiedente può proporre ricorso al Tribunale amministrativo regionale ai sensi dell'articolo 116 del Codice del processo amministrativo di cui al decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104.

Nello specifico si rinvia alle disposizioni organizzative previste dal Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza di cui alla nota prot. n°837342 del 23\12\2016.

E' utile segnalare che, nella sezione "Amministrazione trasparente" – "Altri-contenuti" – "Accesso Civico" sono stati pubblicati i modelli all'uopo predisposti.

Fermo restando il rispetto dei termini di legge, gli uffici evaderanno le istanze di accesso civico, avendo peraltro cura di assicurare l'assolvimento delle funzioni di istituto e l'erogazione dei servizi ai cittadini.

13. Dati Ulteriori

Un altro obiettivo della trasparenza è rappresentato anche dall'individuazione e pubblicazione di ulteriori dati, informazioni e documenti la cui pubblicazione, pur non essendo obbligatoria ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, possa, tuttavia, essere prevista dall'Ente al fine di incrementare la trasparenza dell'azione amministrativa, concorrendo alla realizzazione di un'Amministrazione "aperta" e al servizio del cittadino. In particolare, tali eventuali ulteriori contenuti sono da collocarsi all'interno della sotto-sezione, di carattere residuale seppure non di minore rilevanza, della sezione "Amministrazione Trasparente", denominata, appunto, "Altri contenuti – Dati ulteriori".

Ai sensi dell'art. 7 bis, co. 3, del D.Lgs. n. 33/2013, è possibile disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti per i quali non sussiste obbligo di pubblicare ai sensi del citato

decreto o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento, nel rispetto dei limiti indicati dall'articolo 5-bis e procedendo alla indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti.

Allo stato nella sezione Altri contenuti – Dati Ulteriori sono disponibili gli ulteriori contenuti pubblicati – concernenti gli argomenti di seguito indicati - al fine di garantire un adeguato livello di trasparenza, legalità e sviluppo della cultura della integrità:

CUG: Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Liquidazione compenso Commissario ad acta per l'attuazione del piano di stabilizzazione finanziaria

Decreti del Presidente

Incarichi commissariali

Incarichi Commissari ad acta degli Ambiti Sociali Territoriali

Atto di transazione Regione Campania-Circolo Artistico Politecnico

Atti Ablativi - Espropri (elenco degli espropri per pubblica utilità) - art. 11 DPR n. 327/2001, modificato dall'art. 1 D. Lgs. n. 302/2002

FAQ A.N.AC. - Collegamento alle risposte fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, A.N.AC., in relazione ai numerosi quesiti posti dalle amministrazioni pubbliche e dagli enti, anche privati, sull'applicazione del DLgs 33/2013. Le FAQ sono state suddivise per articolo di riferimento

Nomine del Presidente

Procedure di mobilità ai sensi della DGR 99/2014

Il responsabile della struttura che ravvisi la necessità di pubblicare dati ulteriori, per i quali non è prevista una diversa collocazione nella sezione "Amministrazione trasparente", vi provvederà per il tramite dei referenti, anche segnalando tempestivamente nuovi obblighi, derivanti da aggiornamenti normativi, rilevanti per assicurare comunque l'obiettivo della trasparenza amministrativa.

SEZIONE V – MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO DEL PTPCT

14. Monitoraggio sulla implementazione delle misure e rendicontazione finale

Per garantire l'efficace attuazione e l'adeguatezza del presente Piano, è stato definito un processo di monitoraggio e aggiornamento del documento stesso. La responsabilità del monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è attribuita al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che, ai sensi dell'art. 1 c. 14 della legge n. 190 del 2012 e ss.mm.ii. , entro il 15 dicembre di ogni anno predispone una Relazione sui risultati dell'attività svolta, ne cura la trasmissione all'Organo di indirizzo dell'Ente e all'O.I.V. e la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ente. La Relazione annuale offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal presente Piano. Tale documento, redatto su modello predisposto dall'A.N.AC., contiene un nucleo minimo di indicatori sull'efficacia delle politiche di prevenzione, che come indica il PNA, riguardano i seguenti ambiti:

- **Gestione dei rischi** (*Azioni intraprese per affrontare i rischi di corruzione; Controlli sulla gestione dei rischi di corruzione; Iniziative di automatizzazione dei processi intraprese per ridurre i rischi di corruzione*);
- **Formazione in tema di anticorruzione** (*Quantità di formazione in tema di anticorruzione erogata in giornate/ore; Tipologia dei contenuti offerti; Articolazione dei destinatari della formazione in tema di anticorruzione; Articolazione dei soggetti che hanno erogato la formazione in tema di anticorruzione*);
- **Codice di comportamento** (*Adozione delle integrazioni al codice di comportamento; Denunce delle violazioni al codice di comportamento; Attività dell'ufficio competente ad emanare pareri sulla applicazione del codice di comportamento*);
- **Altre iniziative** (*Numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi; Esiti di verifiche e controlli su cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi; Forme di tutela offerte ai whistleblower; Ricorso all'arbitrato secondo criteri di pubblicità e rotazione; Rispetto dei termini dei procedimenti; Iniziative nell'ambito dei contratti pubblici; Iniziative previste nell'ambito dell'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere; Indicazione delle iniziative previste nell'ambito di concorsi e selezione del personale; indicazione delle iniziative previste nell'ambito delle attività ispettive*);
- **Sanzioni** (*Numero e tipo di sanzioni irrogate*).

I dati vengono raccolti dal RPCT attraverso il contributo delle strutture preposte negli ambiti di interesse, dei Referenti per la prevenzione della corruzione, dei Dirigenti responsabili dell'attuazione delle misure.

A supporto dell'attività di rendicontazione finale (con la Relazione annuale di cui sopra) ed al fine di garantire il monitoraggio periodico delle azioni, anche in funzione di una eventuale ritaratura delle stesse, sono state

predisposte per le annualità precedenti n. 2 schede, una per le misure obbligatorie ed una per le misure ulteriori, contenenti per ogni misura informazioni in ordine allo stato di attuazione delle azioni previste per ciascuna fase individuata.

Per il triennio 2017-2019 verrà progettato ed implementato un sistema informativo per la raccolta ed il trattamento dei dati relativi a tutte le azioni pianificate nell'ambito delle misure obbligatorie e specifiche.

Verrà inoltre realizzato un monitoraggio in itinere, a sei mesi dall'avvio delle attività, finalizzato a raccogliere informazioni sullo stato di avanzamento delle misure pianificate nel presente Piano.

Le risultanze del monitoraggio periodico e della rendicontazione finale saranno un fondamentale input per l'aggiornamento annuale del Piano, così come le osservazioni, i suggerimenti e le istanze che perverranno dagli stakeholder interni ed esterni all'amministrazione attraverso i canali di comunicazione disponibili.

La valutazione dell'efficacia delle misure già adottate, inoltre, sarà un ulteriore elemento che consentirà di calibrare gli interventi, modificare o dare nuovo impulso alle misure già attuate o pianificare nuove misure.

Il Piano, inoltre, verrà aggiornato qualora si presentino importanti cambiamenti organizzativi all'interno dell'amministrazione, così come nei casi di modifiche normative, nuove procedure anticorruzione e l'emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del presente PTPCT, come previsto dal PNA.

ALLEGATI

Allegato 1 - Catalogo processi e Registro rischi Regione Campania

Allegato 2 - Identificazione delle misure di prevenzione

Allegato 3 - Elenco delle misure di prevenzione relative al processo “Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118”

Allegato 4 - Progettazione delle misure specifiche per il processo “Riconoscimento dei debiti fuori bilancio ex art. 73 dell'art. 73, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 23 giugno 2011 n. 118”

Allegato 5 – Elenco degli obblighi di pubblicazione