

---

**SUPPORTO METODOLOGICO PER L'IMPLEMENTAZIONE DI  
UN SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE NEGLI  
ORDINI DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE**

---



## Sommario

### **PREMESSA** **4**

### **Parte I – Il Quadro generale** **6**

---

Le principali norme di riferimento .....	7
Il Sistema misto tra accentramento e decentramento .....	10
Prevenzione della corruzione e miglioramento organizzativo .....	12

### **Parte II – Gli strumenti metodologici** **15**

---

Standard e tecniche di riferimento .....	16
I Principi ISO .....	22
Il disegno organizzativo .....	28
<i>Stabilire il mandato e l'impegno</i> .....	29
<i>Progettare la struttura di riferimento per la gestione del rischio.</i> .....	30
<i>Attuare la gestione del rischio.</i> .....	36
<i>Monitorare e riesaminare la struttura di riferimento.</i> .....	36
<i>Tendere al miglioramento continuo della struttura di riferimento.</i> .....	37
I ruoli previsti per la gestione del rischio (focus) .....	38
I rapporti tra RPCT e ANAC .....	44

### **Parte III – Il Processo di gestione** **47**

---

Definizione del Rischio corruttivo: gli elementi fondamentali (Rischio, comportamento, fattore abilitante/causa).....	48
<i>Definizione di rischio corruttivo</i> .....	48
<i>Fattori abilitanti e Cause</i> .....	50
Fasi del processo .....	53
<i>Comunicazione e consultazione</i> .....	55
<i>Definizione del contesto</i> .....	58
<i>Valutazione dei rischi</i> .....	61

<i>Trattamento dei rischi</i> .....	81
<i>Monitoraggio e controllo</i> .....	86

---

## **Parte IV – Sezione specifica: gli OPI** **88**

---

Le Fonti informative .....	89
Le Prompt-list .....	89
<i>Gli eventi rischiosi ricorrenti e trasversali</i> .....	89
<i>I fattori abilitanti standard</i> .....	91
<i>Le misure di trattamento</i> .....	93

---

## **Allegati** **97**

---

Indice tipo per la redazione del PTPCT.....	98
---	----

## PREMESSA

Il presente documento nasce dal desiderio della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), in linea con il suo ruolo di indirizzo, coordinamento e supporto agli Ordini Provinciali (OPI), di fornire agli stessi un servizio che sia di incentivo al buon andamento amministrativo.

In questo senso deve essere inteso lo sforzo di realizzare un documento di supporto metodologico per la realizzazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (**PTPCT**) di cui, secondo la normativa di settore, ciascuna Pubblica Amministrazione è obbligata a dotarsi.

Obiettivo di questo lavoro è dunque quello di mettere a disposizione degli OPI uno strumento realmente operativo che consenta da un lato ai Consigli direttivi di ciascun Ordine - attraverso il lavoro del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (**RPCT**) e di tutti gli altri attori coinvolti - di dotarsi di un Piano Triennale che renda l'ente **compliant** con la normativa anticorruzione e le relative disposizioni dell'ANAC, dall'altro di sfruttare un obbligo di legge creando i presupposti per l'avvio di un percorso di miglioramento organizzativo.

Per giungere a questo risultato la Federazione si è avvalsa del supporto scientifico dell'Università degli Studi di Tor Vergata - Dipartimento di Management e Diritto, partner ormai consolidato della Federazione in virtù della specifica competenza e attività di ricerca proprio in materia di anticorruzione e trasparenza.

Grazie alla collaborazione con il Prof. Hinna, del Dott. Ceschel e del Dott. Rotundi, la Federazione ha potuto avviare una riflessione di medio-lungo periodo, non limitando il suo impegno alla mera osservanza di una normativa che, a prima vista, può sembrare l'ennesimo fardello burocratico.

In questa fase di profondo cambiamento, dovuto non soltanto all'evoluzione del ruolo della professione in sé nell'ambito della società ma anche alla rivisitazione delle regole del gioco soprattutto grazie alla Legge Lorenzin, il Comitato Centrale FNOPI, ha inteso invece cogliere l'occasione per dotare la Federazione di un modello organizzativo necessario alla gestione

della discontinuità, fornendo al contempo agli Ordini provinciali tutti gli elementi per poterlo comprendere e applicare, adattandolo alla propria realtà, non in maniera inutilmente pedissequa, ma funzionale alle proprie peculiari esigenze.

Proprio in quest'ottica nasce la scelta di creare un task team, coordinato dalla Federazione e dal gruppo di lavoro di Tor Vergata, composto anche da referenti degli Ordini provinciali.

Questi ultimi, scelti in base a criteri dimensionali (numero di iscritti) e ubicazione geografica quale campione rappresentativo utile ai fini dell'identificazione dei principali aspetti organizzativi e processi operativi - nonché dei relativi rischi corruttivi - inerenti l'attività di ciascun Ordine e rendere in tal modo il presente lavoro massimamente aderente alle variegate caratteristiche e necessità degli oltre cento enti che compongono la galassia degli Ordini provinciali, pur svolgendo tutti le medesime attività previste dalla legge.

Punto di partenza del lavoro, che ha visto impegnato il task team dal mese di giugno 2018 alla fine del mese di settembre 2018, sono state le risultanze di un questionario online somministrato a ciascun OPI e compilato dal relativo RPCT che hanno consentito al team di lavoro di avviare la discussione e i relativi approfondimenti sulla base di una fotografia dello status quo a livello di sistema della applicazione della normativa anticorruzione.

Va sottolineato infine come il documento in oggetto vada considerato uno strumento di lavoro dinamico, che nel corso del tempo possa e debba essere aggiornato al fine di renderlo sempre attuale e in linea con la normativa di riferimento e le esigenze dei suoi destinatari.

La Federazione, in tal senso, si attende il contributo fondamentale da parte di tutto il network degli RPCT degli Ordini, finalizzato alla circolazione delle informazioni, delle buone pratiche nonché delle criticità riscontrate nella realizzazione ed implementazione dei diversi Piani triennali, al fine di poter proseguire sulla strada del supporto costante agli OPI anche in questo specifico settore.

---

## Parte I

### Il quadro generale

---



## Le principali norme di riferimento

Il complesso normativo che regola il sistema di prevenzione della corruzione, sia a livello nazionale, sia a livello delle singole amministrazioni, è estremamente articolato tanto che una sua trattazione esaustiva richiederebbe un dettaglio che va oltre le finalità del presente documento. Pertanto, si è scelto di rappresentare qui di seguito unicamente i principali riferimenti utili a inquadrare il panorama legislativo che governa a livello generale il settore della pubblica amministrazione in cui sono inclusi anche gli Ordini delle Professioni Infermieristiche (O.P.I.)

La legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, è stata introdotta nell’ordinamento italiano in attuazione dell’art. 6 della Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall’Assemblea generale dell’ONU il 31 ottobre 2003, e degli artt. 20 e 21 della Convenzione penale sulla corruzione, adottata a Strasburgo il 27 gennaio 1999.

Tale norma è stata integrata dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, in attuazione della delega di cui all’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, recante “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”, in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

Con il decreto, sono state introdotte rilevanti modifiche intervenendo nel quadro organico degli strumenti e delle responsabilità disegnato dalla suddetta legge e dai provvedimenti normativi attuativi (d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, in materia di pubblicità e trasparenza; d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39, in tema di incompatibilità e inconfiribilità degli incarichi; D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, recante “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”; d.lgs. 50/2016 che ha introdotto il nuovo Codice dei Contratti Pubblici).

La nuova disciplina ha fornito un definitivo chiarimento sulla natura e sui contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione (**PNA**), inquadrandolo come atto generale di indirizzo rivolto a tutte

le amministrazioni che adottano i propri Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (**PTPCT**).

In quanto atto di indirizzo, il PNA 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.

Inoltre, il d.lgs 97/2016 chiarisce definitivamente la natura, i contenuti e il procedimento di approvazione del PNA e, in materia di trasparenza, delimita l'ambito soggettivo di applicazione della disciplina, la revisione degli obblighi di pubblicazione nei siti delle pubbliche amministrazioni unitamente al nuovo diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Allo stesso tempo, la norma, da un lato, tende a rafforzare il ruolo dei Responsabili della prevenzione della corruzione e trasparenza (**RPCT**) quali soggetti titolari del potere di predisposizione e di proposta del PTPCT all'organo di indirizzo.

È previsto, invece, un maggiore coinvolgimento degli organi di indirizzo nella formazione e attuazione dei Piani, dall'altro, persegue l'obiettivo di semplificare le attività delle amministrazioni nella materia, ad esempio unificando in un solo strumento il PTPC e il Programma triennale della trasparenza e dell'integrità (**PTTI**) e prevedendo una possibile articolazione delle attività in rapporto alle caratteristiche organizzative (soprattutto dimensionali) delle amministrazioni.

Inoltre, con il d.lgs 97/2016 viene introdotta una nuova forma di accesso civico ai dati pubblici, equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita Freedom of information act (Foia). Questa nuova forma di accesso prevede che chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, può accedere a tutti i dati detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto di alcuni limiti tassativamente indicati dalla legge.

Si tratta, dunque, di un regime di accesso più ampio di quello previsto dalla versione originaria dell'articolo 5 del decreto legislativo n. 33 del 2013, in quanto consente di accedere non solo ai dati e documenti per i quali esistono specifici obblighi di pubblicazione (per i quali permane,

comunque, l'obbligo dell'amministrazione di pubblicare quanto richiesto, nel caso in cui non fosse già presente sul sito istituzionale), ma anche ai dati per i quali non esiste l'obbligo di pubblicazione e che l'amministrazione deve quindi fornire al richiedente.

Per quanto riguarda le fonti normative secondarie, in virtù del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (**DFP**) all'Autorità Nazionale Anticorruzione (**ANAC**), nonché la rilevante riorganizzazione della stessa e l'assunzione delle funzioni e delle competenze della soppressa Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (**AVCP**) – l'ANAC ha acquisito il ruolo di definizione delle strategie nazionali di prevenzione e contrasto della corruzione nella Pubblica Amministrazione attraverso l'elaborazione del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) indirizzato alla quasi totalità delle amministrazioni pubbliche così definite ai sensi dell'art. 2 del D.lgs. 165/2001.

Nell'esercizio di tale funzione, l'ANAC ha approvato l'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione con Determinazione n. 12 del 28/10/2015, con il quale ha fornito indicazioni integrative e chiarimenti rispetto ai contenuti del precitato PNA approvato con delibera n. 72 del 2013, concentrando l'attenzione sull'effettiva attuazione di misure in grado di incidere sui fenomeni corruttivi, volte a migliorare l'efficacia complessiva dell'impianto a livello sistemico.

Successivamente, l'Autorità, in linea con le rilevanti modifiche legislative intervenute, ha approvato il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2016 con delibera n. 831 del 3 agosto 2016 e il successivo Aggiornamento 2017 con delibera n. 1208 del 22 novembre 2017.

L'ANAC, inoltre, in conformità alle prerogative e ai poteri che a tale autorità sono state conferiti, rilascia frequentemente deliberazioni, Regolamenti ed altre disposizioni su temi specifici concernenti i temi della prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza, nonché, nei casi previsti per legge, può intervenire affinché le amministrazioni rispettino gli obblighi a loro carico, comminando finanche sanzioni nel caso in cui vengano violate disposizioni su cui essa ha assunto il compito di vigilare.

Per una maggiore completezza, si rinvia a quanto esposto sul sito dell'ANAC all'indirizzo: <https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AmministrazioneTrasparente/DisposizioniGenerali/AttiGenerali/RiferimentiNormativi>.

## Il Sistema misto tra accentramento e decentramento

Con la riforma avviata dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190, “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”, resa operativa dal Piano Nazionale Anticorruzione rilasciato l'11 settembre 2013, al fine di combattere il fenomeno della corruzione in Italia, il legislatore ha compiuto una scelta che inizialmente non poteva darsi certamente per scontata, ovvero ha optato per la via della prevenzione, da affiancare agli strumenti del controllo e sanzionatori.

Fino ad allora questi ultimi rappresentavano l'unica soluzione riconosciuta legislativamente; tale scelta, seppure tardiva, ha rappresentato profili altamente innovativi nel settore pubblico, definibili anche coraggiosi per alcuni tratti, affidando anche alla responsabilità delle amministrazioni (e degli amministratori) la “lotta alla corruzione”.

Infatti, in materia di politiche di prevenzione della corruzione, l'Italia ha scelto di adottare un modello di governance “misto” (Figura 1) dove, le politiche anticorruzione e integrità sono promosse e implementate nelle amministrazioni pubbliche sia a livello nazionale sia a livello decentrato.

Nello specifico, dapprima con la citata legge 190/2012 e in seguito con l'approvazione del D.L. 24 giugno 2014, n. 90 poi convertito con legge n.114/2014, il legislatore italiano ha attribuito a una Autorità Indipendente la predisposizione del PNA quale strumento cardine della politica di prevenzione della corruzione.

Secondo le previsioni della legge 190/2012 il PNA rappresenta il documento di indirizzo metodologico che le singole amministrazioni del Paese sono tenute a seguire per la elaborazione della propria strategia di prevenzione del rischio di corruzione, così come rappresentata dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)

che la singola amministrazione è chiamata a predisporre e adottare, in base all'analisi e valutazione dei rischi di corruzione dalla stessa compiuta.

**Figura 1. Il sistema di governance**



Fonte: elaborazione degli autori

Dunque, il legislatore italiano ha scelto la via della “responsabilizzazione” delle singole amministrazioni nella gestione del rischio di corruzione all'interno dei propri perimetri organizzativi, offrendo il proprio supporto per il tramite di un PNA i cui principi sono desunti, come descritto nei paragrafi successivi, da standard internazionali di riferimento.

## Prevenzione della corruzione e miglioramento organizzativo

Il PNA 2016 conteneva un'informazione di rilevante spessore, tesa ad evidenziare lo stretto collegamento tra gli obiettivi di prevenzione della corruzione e gli obiettivi di miglioramento a cui le amministrazioni tendono sia in termini qualitativi che di efficacia ed efficienza: “[...] *La nuova disciplina tende a rafforzare il ruolo dei Responsabili della prevenzione della corruzione (RPC) quali soggetti titolari del potere di predisposizione e di proposta del PTPC all’organo di indirizzo.*

*È, inoltre, previsto un maggiore coinvolgimento degli organi di indirizzo nella formazione e attuazione dei Piani così come di quello degli organismi indipendenti di valutazione (OIV). Questi ultimi, in particolare, sono chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici”.*

In questo passaggio è racchiuso il senso del percorso di integrazione tra l’implementazione dei sistemi di prevenzione della corruzione e la programmazione strategica e operativa a carico delle amministrazioni.

Tale esigenza era stata già reclamata sostanzialmente fin dalla prima edizione del PNA per poi essere riconosciuta in modo esplicito con la promulgazione del D.P.R. 150/2016, “Regolamento di disciplina delle funzioni del DFP della PCM in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni”, che pone a carico del Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio, a cui è stato conferito il ruolo di promozione e regolamentazione del ciclo della performance presso le Amministrazioni pubbliche, l’obiettivo “*di migliorare il raccordo tra ciclo della performance e il sistema dei controlli interni e gli indirizzi espressi dall’Autorità Nazionale Anticorruzione in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione*”.

In tal senso, inoltre, il D.lgs. 97/2016 conferisce agli Organismi Indipendenti della Valutazione o alle strutture di controllo interno il compito di “[...] *verifica 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 ove stabiliti".*

Secondo tale logica, pertanto, sembra definitivamente tramontare l'impostazione per la quale l'implementazione del Sistema di prevenzione della corruzione da parte delle amministrazioni, che trova attuazione attraverso la predisposizione del Piano di prevenzione, risponda esclusivamente alla necessità di corrispondere ad un mero adempimento previsto per legge, pena sanzioni di carattere civilistico o addirittura di riflesso penale, a seconda della gravità delle azioni commesse (o omesse).

Piuttosto, i cicli di programmazione a carico delle organizzazioni, diversamente complessi in relazione alla loro dimensione e alle attività trattate, dovrebbero convergere in modo da puntare al conseguimento degli obiettivi strategici rimuovendo gli ostacoli che possono interferire sul raggiungimento della qualità di qualunque tipo: organizzativa, produttiva tecnica, ecc..

In questo senso si verrebbe ad innestare un approccio orientato alla gestione della qualità basato sui rischi che la recente norma ISO 9001:2015 richiede di applicare.

Ciò comporta l'adozione di una visione globale dei rischi dell'attività aziendale che coinvolge l'organizzazione nell'intero processo di mitigazione dei rischi denominato "**risk-based thinking**" che va molto al di là delle azioni preventive perché prevede l'analisi dei processi, in base al contesto dell'azienda, finalizzato ad identificare i rischi, prenderne nota e programmare azioni volte ad eliminarli o a ridurre la probabilità che si verifichino.

La gestione del rischio (in senso generale) deve essere, quindi, affrontata in modo strutturato; l'ISO 9001:2015 prende a riferimento le norme della serie ISO 31000, che comprendono: *UNI ISO 31000:2010* - Gestione del rischio - Principi e linee guida; *ISO TR 31004:2013* - Risk management - Guidance for implementation of ISO 31000; *ISO/IEC 31010:2009* - Risk management - Risk assessment techniques.

Al pari degli altri standard, descritti nella parte II, esse costituiscono, nel loro insieme, un insieme di linee guida che l'organizzazione potrà decidere di applicare in modo rigoroso, o di assumere solo nei principi ispiratori e per i concetti fondamentali, o di ampliare ulteriormente, dotandosi di strumenti e metodi di più elevata complessità, o di non considerare affatto, sulla base di una decisione informata.

---

## Parte II

### Gli strumenti metodologici

---



## Standard e tecniche di riferimento

La gestione dei rischi rientra tra i modelli organizzativi orientati allo sviluppo della qualità dei processi gestionali, distinguendosi per avere come oggetto l'analisi di eventi inespresi, potenziali, e non problemi o criticità, già manifestatesi all'interno della realtà organizzativa.

Per quanto le scelte e quindi il sistema di gestione del rischio (d'ora in avanti anche **Risk management** o **RM**) dipenda soprattutto dal contesto interno ed esterno in cui opera la singola organizzazione, affinché esso possa essere implementato in maniera efficiente ed efficace è prassi ispirarsi ad alcune regole di riferimento, tipicamente conosciute come standard di riferimento, accreditate in ambito anche internazionale e derivanti dal consolidamento di buone prassi.

In questo quadro, e con particolare riferimento alla gestione del rischio di corruzione, andiamo di seguito a presentarne i principali:

- 1) lo standard **ISO 31000**, la cui applicazione è stata raccomandata nel PNA 2013, nonché gli standard ad essi collegati che ne completano il quadro di riferimento, seppure non esplicitamente citati nelle diverse edizioni del PNA;
- 2) l'**Enterprise Risk Management (ERM)** che è alla base dell'ISO 31000 stessa, la cui descrizione consente di illustrare le componenti alla base di un Sistema di gestione dei rischi basato sull'applicazione degli standard della famiglia delle ISO 31000;
- 3) Il **Global Compact**, a cui rimanda il PNA 2016;
- 4) l'**ISO 37001:2016** che rappresenta lo standard specifico in materia di prevenzione della corruzione per il quale è prevista, su base volontaria, la certificazione riconosciuta a livello internazionale; tale standard è menzionato esplicitamente nelle "Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici", rilasciate dall'ANAC nel novembre 2017.

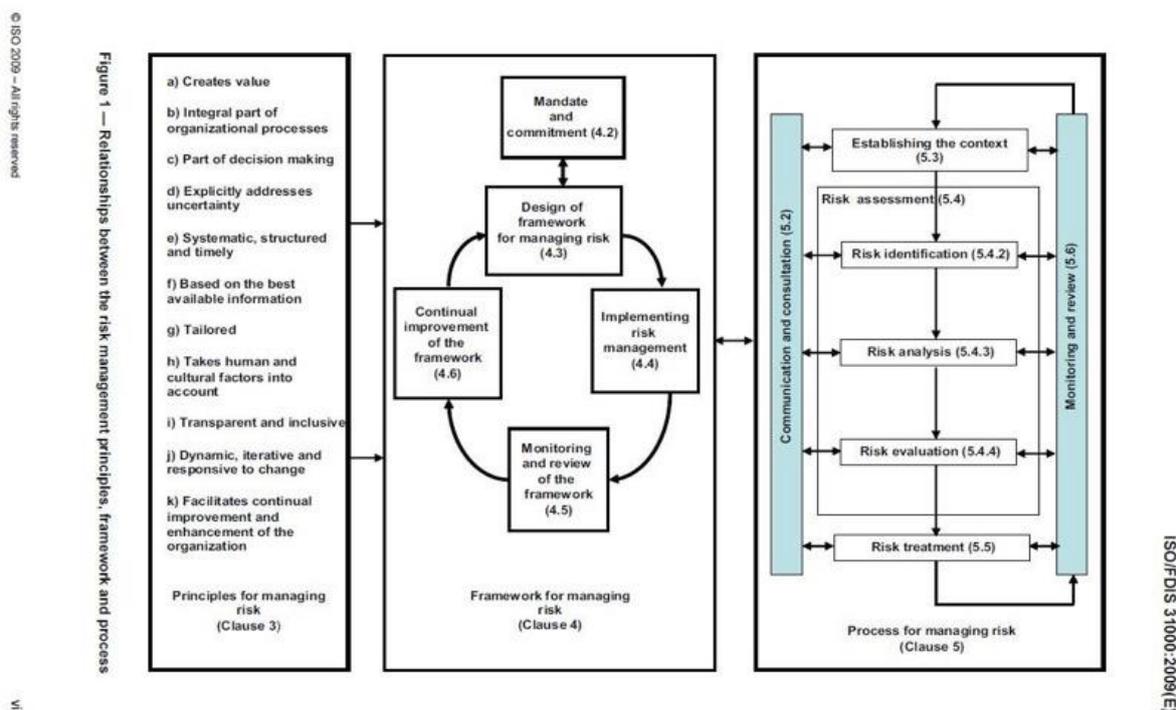
L'**ISO 31000** "*Risk management - Principi e linee guida*" rilasciato nella sua prima versione internazionale nel 2009 ed aggiornato nel 2018, che rappresenta lo standard internazionale maggiormente riconosciuto nell'implementazione dei Sistemi di *Risk management*, anche per

ciò che riguarda la prevenzione della corruzione, tanto da essere citato e raccomandato nella sua applicazione dal PNA, a partire dalla prima edizione del 2013.

L'ISO 31000 intende il Sistema di gestione dei rischi come un complesso strutturato (Figura 2) in cui rientrano:

1. i Principi alla base del Sistema di prevenzione;
2. il Disegno del modello di gestione (l'architettura del sistema);
3. il Processo di gestione.

**Figura 2. ISO 31000:2009**



Come si vedrà più avanti, collegati a tale standard sono: lo standard ISO 31010, “**Risk management -- Risk assessment techniques**”, rilasciato nel 2009, che descrive 31 diverse tecniche attraverso le quali attuare il processo di gestione del rischio, evidenziando, per ciascuna fase, quelle che meglio si adattano alle diverse fasi.

Nella stessa famiglia delle ISO, rientra anche l'ISO/TR 31004:2013 “**Risk management -- Guidance for the implementation of ISO 31000**”, il cui obiettivo è fornire un sussidio pratico all'applicazione dell'ISO 31000 ed in particolare alla gestione del processo; in esso, infatti,

viene illustrata l'associazione tra principi ISO e fasi del processo, in modo che possa essere valutata da parte dei soggetti preposti, ovvero gli organi di controllo, il livello di coerenza i criteri alla base della gestione del rischio con le modalità con le quali è stato implementato il Sistema ed attuato il processo.

**L'Enterprise Risk Management** (d'ora in avanti anche ERM<sup>1</sup>) definisce la gestione del rischio come "un processo attuato dagli Amministratori e dal Management di ciascuna struttura aziendale nell'ambito della definizione delle strategie e riguarda tutta l'organizzazione, al fine di identificare gli eventi potenziali che possono influenzare l'organizzazione stessa e gestire i rischi entro il livello ritenuto accettabile, al fine di fornire una ragionevole certezza del raggiungimento degli obiettivi".

Esistono, in realtà, due versioni dell'ERM: 1) la versione prodotta nel 1992 e aggiornata nel 2013, denominata "Internal Control – Integrated Framework" e 2) la versione realizzata nel 2004 che espone alcune componenti di processo e di sistema in un dettaglio maggiore.

La molteplicità degli elementi che caratterizzano l'ERM lo rendono un approccio standard "multidimensionale", rappresentato da un cubo che si sviluppa lungo 3 assi che descrivono:

- 1) le 4 categorie di obiettivi: Strategici (non presenti nella versione 1992/2013), in linea con la mission aziendale; Operativi, riguardanti l'uso efficace ed efficiente delle risorse; Reporting, sull'affidabilità delle informazioni; Conformità, per il rispetto di leggi e regolamenti;
- 2) le 8 componenti del processo presenti nel Co.SO. 2004, che esplodono il processo nelle fasi di: Definizione degli obiettivi, Identificazione degli eventi; Valutazione;

---

<sup>1</sup> L'ERM è stato proposto nella sua prima versione nel 1992 dal Co.S.O. of the Tradeway Commission (da cui il nome di "Co.SO. Model"), allo scopo di guidare i manager nella gestione del rischio aziendale complessivamente intesa, attraverso un modello integrato che mira a comprendere tutti i rischi aziendali. Il modello nasce da un'iniziativa congiunta di cinque organizzazioni del settore privato, con sede negli Stati Uniti (Institute of Management Accountants - IMA, American Accounting Association - AAA, American Institute of Certified Public Accountants - AICPA, Institute of Internal Auditors - IIA, e Financial Executives internazionale - FEI), diretta a definire un modello comune di valutazione dei sistemi di controllo interno delle aziende e delle organizzazioni pubbliche e private.

Trattamento, Monitoraggio, Analisi del contesto, Controllo e Comunicazione (le ultime 3 fasi non sono presenti nelle versioni 2004 e 2013);

3) la struttura aziendale, articolata nelle sue unità organizzative.

L'integrazione tra queste componenti esprime il livello di applicazione di tale modello (Figura 3).

**Figura 3. Enterprise Risk Management**



Co.SO. ERM: "Internal Control – Integrated Framework"

**Il Global Compact**, lo United Nations Global Compact è un'iniziativa delle Nazioni Unite nata per incoraggiare le aziende di tutto il mondo ad adottare politiche sostenibili e nel rispetto della responsabilità sociale d'impresa e per rendere pubblici i risultati delle azioni intraprese. È una cornice che riunisce dieci principi nelle aree dei diritti umani, lavoro, sostenibilità ambientale e anti-corruzione.

L'obiettivo fondamentale dello standard rilasciato in seno all'iniziativa del Global Compact, è incentivare le amministrazioni pubbliche a dotarsi di sistemi di prevenzione della corruzione fondati su una profonda analisi dell'organizzazione interna tale da consentire di puntare anche ad obiettivi ambiziosi come il miglioramento della qualità dei processi organizzativi e produttivi, nonché dei servizi offerti.

La metodologia offerta da tale standard riproduce il processo di gestione secondo una prospettiva che distingue tra **rischio "inerente"**, ossia in assenza di misura di prevenzione e **rischio "residuo"**, ossia al netto dell'attuazione di tali protocolli; tale distinzione pone

l'attenzione sull'analisi organizzativa dei controlli interni esistenti, la cui maggiore o minore efficacia incide sul livello ultimo del rischio.

**L'ISO 37001:2016**, lo Standard ISO 37001, "Anti-bribery Management Systems – Requirements with guidance for use" è stato pubblicato nel 2016 ed ha per oggetto specifico la gestione del rischio di Corruzione.

Lo standard è articolato in 2 sezioni;

1. la prima, descrive i requisiti del Sistema di prevenzione e i contenuti del processo di gestione;
2. la seconda, un'appendice informativa con linee guida applicative.

Tale standard può essere utilizzato da solo o congiuntamente ad altre norme sui sistemi di gestione (es. ISO 9001, ISO 14001, ISO/IEC 27001, ISO 19600) e ad altre norme di gestione (es. ISO 26000, ISO 31000).

I requisiti della ISO 37001 sono generali e sono applicabili a qualunque organizzazione (o parte di organizzazione), indipendentemente dalla tipologia, dimensione e natura dell'attività.

La norma si applica esclusivamente per la prevenzione dei fenomeni di corruzione e non riguarda altre tipologie di rischi; specificamente, inoltre, non si applica a: frodi, cartelli e ad altre violazioni alla concorrenza, al riciclaggio di danaro e ad altre attività legate a pratiche di cattiva gestione della cosa pubblica (c. d. "**maladministration**"), a meno che un'organizzazione non decida di estendere lo scopo del proprio sistema di gestione.

Lo standard definisce la corruzione, come l'azione di:

*"offrire, promettere, dare, accettare o sollecitare un vantaggio non dovuto di qualsiasi natura (finanziario o non finanziario), direttamente o indirettamente, indipendentemente dal luogo, in violazione della legge applicabile come meccanismo per indurre o ricompensare una persona in modo che agisca o eviti di agire con conseguenze sulla attuazione dei propri doveri".*

Tali fenomeni possono essere combattuti attraverso la costituzione della struttura di "**anti-bribery compliance function**", avente la responsabilità e l'autorità di:

- supervisionare la definizione e l'implementazione del sistema di gestione per l'anti-corruzione;
- fornire consiglio e guida al personale circa il sistema di gestione per l'anti-corruzione e sulle tematiche legate alla corruzione;
- assicurare la conformità del sistema di gestione anti-corruzione ai requisiti dello standard ISO 37001;
- rendicontare la performance del sistema di gestione anti-corruzione all'organo di governo (ove esistente), ai vertici aziendali e alle altre funzioni di *compliance*.

Il punto di forza di tale standard è la considerazione delle dimensioni dell'organizzazione che intende adottarlo per prevenire la corruzione, adattando la complessità del modello all'entità dell'amministrazione che vi si sottopone.

Anche per tale ragione, l'ISO37001 ha particolarmente attecchito soprattutto tra le aziende private e pubbliche che intendono acquisire una certificazione spendibile verso gli stakeholders e più in generale verso i soggetti finanziatori; meno applicata è nel settore dei servizi delle amministrazioni sostenute attraverso risorse pubbliche.

## I Principi ISO

Sin dalla sua prima edizione, il PNA italiano ha fatto esplicito rinvio allo standard UNI ISO 31000 in quanto ritenuto il più idoneo nell'aiutare le organizzazioni nell'integrazione del sistema di risk management (d'ora in avanti anche sistema di RM) con i processi decisionali dell'ente e con i diversi sistemi di controllo interni vigenti, adeguando le componenti del disegno alle proprie specifiche esigenze (in questo confermando e dando applicazione al Principio 7 della ISO 31000: La gestione del rischio è su "misura").

Dunque, l'ISO 31000 in quanto "standard" deve essere sapientemente adattato alla singola realtà per essere utilizzato in maniera corretta, fermi restando alcuni principi che debbono essere rispettati perché il sistema di RM possa considerarsi potenzialmente efficace. Conoscere quindi i principi di base è utile per meglio comprendere la razionalità dello standard e, quindi, indirettamente, conoscere i margini di flessibilità che esso permette in sede di concreta applicazione.

Non a caso, ciascuno dei principi enunciati dall'ISO31000 trova altresì riscontro nel PNA 2013 e, in particolare, con maggior dettaglio e sforzo di contestualizzazione nel primo aggiornamento del PNA del 2015 (Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015).

Qui di seguito si descrivono quindi in rassegna i Principi base dello standard ISO31000, richiamando di volta il PNA ove ne faccia esplicitamente o implicitamente riferimento. Pertanto, secondo quanto stabilito dallo standard ISO 31000, l'attività di gestione del rischio dovrebbe:

- a) *creare e proteggere il valore*, in quanto mira a ridurre le inefficienze, cercando di minimizzare le probabilità di accadimento di eventi rischiosi.

In questi termini, la gestione del rischio dovrà essere supportata da un valido programma di comunicazione da e verso gli stakeholder che, preso atto che l'organizzazione è disposta a identificare ed intervenire su possibili accadimenti negativi, sarà disposta a riconoscerne la credibilità ed affidabilità e quindi a sostenerla in termini economici o reputazionali;

**IL PNA (Allegato 1, 2013) PREVEDE**

- Il P.T.P.C. è un programma di attività [...] e non un documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete (B.1)

b) è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione; la gestione del rischio, pertanto, deve svolgersi a tutti i livelli dell'organizzazione (strategico, direzionale ed operativo) ed integrarsi con gli altri sistemi di controllo interno;

**IL PNA (Allegato 1, 2013) PREVEDE**

- Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, i P.T.P.C. debbono essere coordinati con il contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione (innanzi tutto, con il P.P.), e debbono essere strutturati come documenti di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse. (3.1.1).
- L'efficacia del PTPC dipende dalla collaborazione fattiva di tutti gli attori coinvolti. (B.1.1.4).
- Al fine di realizzare un'azione di prevenzione integrata tra i diversi soggetti che svolgono funzioni e attività amministrative, anche strumentali, i modelli di organizzazione e gestione degli enti pubblici economici e degli enti di diritto privato in controllo pubblico di cui all'art. 6 del d.lgs. n. 231 del 2001 considerano anche il rischio di fenomeni corruttivi ( 3.1.1 e B.2 ).
- Gli strumenti già previsti o già in uso presso ciascuna amministrazione per finalità di prevenzione dell'illegalità, come le ispezioni, tutti i controlli di varia natura, l'esercizio della vigilanza, debbono essere valorizzati, coordinati e sistematizzati rispetto alle nuove misure previste dalla legge, dal presente o dai P.T.P.C. (3.1)

c) è parte del processo decisionale, in quanto consente di formulare le priorità e di effettuare scelte tra soluzioni alternative, a livello di decisioni aziendali, di gruppo e individuali;

**IL PNA (Allegato 1, 2013) PREVEDE**

- La gestione del rischio riguarda il processo decisionale di ponderazione del rischio nelle fasi di:
  - o trattamento del rischio e misure per neutralizzarlo;
  - o definizione delle priorità di trattamento.

- d) *tratta esplicitamente l'incertezza, dal momento che considera il verificarsi dell'evento rischioso come un'eventualità solo potenziale.*

La gestione del rischio, infatti, analizza e tratta un evento il cui accadimento è solo potenziale. La gestione del rischio è quindi cosa diversa dalla gestione di una criticità. Essa non un accadimento potenziale ma un fatto esistente che deve essere risolto con azioni che nulla hanno a che fare con il sistema di RM, ma piuttosto, ad esempio, le tecniche per la gestione della qualità dei processi produttivi ed organizzativi;

**IL PNA (Allegato 1, 2013) PREVEDE**

- Per "rischio" si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.
- La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi. La pianificazione, mediante l'adozione del P.T.P.C. è il mezzo per attuare la gestione del rischio
- L'analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che l'evento si realizzi e delle conseguenze che esso produce (probabilità x impatto); la loro combinazione determina il livello di rischio.

- e) *è sistematica, strutturata e tempestiva, garantendo l'efficacia e l'efficienza nel governo delle attività.*

La gestione del rischio avviene tramite metodi definiti e procedure chiare, tipicamente orientare prima all'analisi e poi all'intervento. L'accuratezza delle attività di identificazione ed analisi dei rischi sono dunque certamente strumentali alla corretta individuazione delle misure di trattamento dei rischi medesimi. Allo stesso tempo le organizzazioni devono poter bilanciare i tempi ed i livelli di approfondimento delle analisi con le esigenze di intervento, essendo l'efficacia del sistema misurata anche sulla riduzione dei tempi di implementazione della strategia di prevenzione e, in ultima istanza, ai tempi di risposta agli eventi;

- f) *si basa sulle migliori informazioni disponibili, poiché consente di valutare i rischi sulla base di informazioni il più possibili attendibili e complete, pur nella consapevolezza*

di una probabile e quasi certa differenza tra informazioni disponibili e informazioni necessarie per compiere la scelta di prevenzione ottimale;

**IL PNA (Allegato 1, 2013) PREVEDE**

- Per l'identificazione dei rischi, un utile contributo può essere dato dai dati tratti dall'esperienza e, cioè, dalla considerazione di precedenti giudiziari (in particolare, i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni irrogate) che hanno interessato l'amministrazione, nonché la considerazione dei criteri indicati nella Tabella Allegato 5.

g) è su "misura", in quanto è un approccio che si presta ad essere adattato alle esigenze più diversificate e alle specificità di ogni realtà aziendale.

Ciò determina la esigenza di una chiara identificazione dei vincoli di progettazione e implementazione del sistema di RM, così da poter ex post chiaramente comprendere le logiche che hanno portato a determinate scelte, sia esse di architettura organizzativa o di processo di gestione del rischio;

**IL PNA (Allegato 1, 2013) PREVEDE**

- Le amministrazioni definiscono la struttura ed i contenuti specifici dei P.T.P.C. tenendo conto delle funzioni svolte e delle specifiche realtà amministrative.
- Le aree di rischio variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla specifica amministrazione. Tuttavia, l'esperienza internazionale e nazionale mostra che vi sono delle aree di rischio ricorrenti.
- Il PNA prevede la possibilità di individuare aree di rischio ulteriori.

h) tiene conto dei fattori umani e culturali, ovvero considera le diverse percezioni e i diversi livelli di tolleranza al rischio, individuando capacità, attitudini, sensazioni, aspettative e conoscenze delle persone, esterne ed interne all'organizzazione. Fattori questi che non possono non essere annoverati tra i "vincoli" di progettazione e implementazione del sistema di RM.

**IL PNA (Allegato 1, 2013) PREVEDE**

- Iniziative di formazione sui temi dell'etica e della legalità e di formazione specifica per il personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione e per il responsabile della prevenzione.

i) è *trasparente e inclusiva*, poiché mette al centro del sistema il rapporto con gli stakeholder, sia interni, supponendo per ogni fase del processo, un'attività continua di comunicazione, condivisione e consultazione. Ciò arricchisce l'azione organizzativa di punti di vista differenti, permettendo di innalzare qualità e correttezza sia dell'organizzazione del sistema di RM sia, in particolare, delle azioni di analisi del contesto, valutazione (identificazione, analisi e ponderazione) e trattamento dei rischi;

**IL PNA (Allegato 1, 2013) PREVEDE**

- L'adozione del P.T.P.C. ed i suoi aggiornamenti sono adeguatamente pubblicizzati dall'amministrazione.
- Tutti i dipendenti delle strutture coinvolte dell'attività amministrativa mantengono, ciascuno, il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti. Inoltre, al fine di realizzare la prevenzione, l'attività del responsabile deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione dell'amministrazione.
- L'intero processo di gestione del rischio richiede la partecipazione e l'attivazione di meccanismi di consultazione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza.
- Per l'individuazione e la scelta delle misure ulteriori è opportuno stabilire un confronto mediante il coinvolgimento dei titolari del rischio.
- Per l'attività di mappatura dei processi debbono essere coinvolti i dirigenti competenti, sotto il coordinamento del responsabile della prevenzione. Può essere utile coinvolgere l'O.I.V. e gli altri uffici di controllo interno per un confronto a seguito dell'individuazione dei processi, delle fasi processuali e delle corrispondenti responsabilità. Lo svolgimento dell'attività può essere supportato mediante una task force multidisciplinare.
- L'efficacia del PTPC dipende dalla collaborazione fattiva di tutti gli attori coinvolti.

- j) è *dinamica*, poiché prevede un monitoraggio continuo del sistema, al fine di recepire i cambiamenti nel contesto interno ed esterno che può impattare sulle attività di analisi e trattamento opportunamente svolte;

**IL PNA (Allegato 1, 2013) PREVEDE**

- La strategia nazionale di prevenzione della corruzione è attuata mediante l'azione sinergica di diversi soggetti a livello nazionale e decentrato. Il P.T.P.C. individua il sistema di monitoraggio sull'implementazione delle misure.
- Deve essere definito un sistema di reportistica che consenta al responsabile della prevenzione di monitorare costantemente "l'andamento dei lavori" e di intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.
- L'aggiornamento annuale del Piano tiene conto dei seguenti fattori: normative sopravvenute; emersione di rischi non considerati; nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA.

- k) *favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione*, in quanto promuove un'idea di organizzazione che si evolve anche per il tramite della gestione del rischio. L'obiettivo del miglioramento continuo deve quindi essere posto sullo sfondo di tutta la strategia di prevenzione dei rischi, divenendo altresì criteri di scelta in sede di trattamento del rischio.

**IL PNA (Allegato 1, 2013) PREVEDE**

- Per disegnare un'efficace strategia anticorruzione, le amministrazioni debbono realizzare delle forme di consultazione, con il coinvolgimento di cittadini e di organizzazioni portatrici di interessi collettivi. Le amministrazioni debbono poi tener conto dell'esito della consultazione in sede di elaborazione del P.T.P.C. e in sede di valutazione della sua adeguatezza, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento. (B.1.1.7).

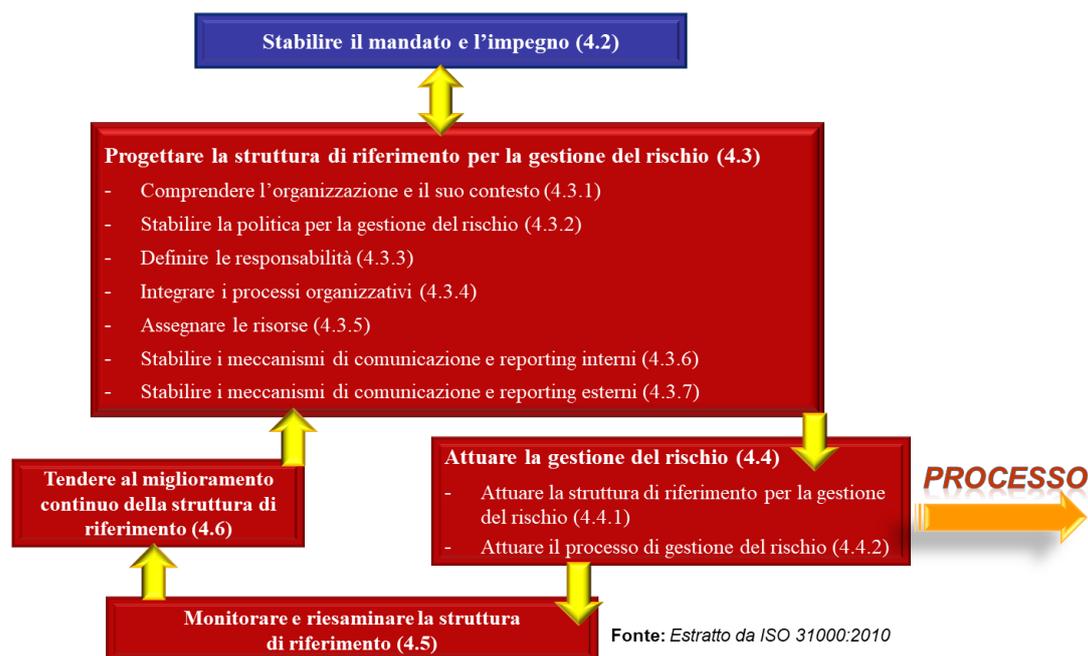
## Il disegno organizzativo

L'efficacia del sistema di RM dipende anche dal modello organizzativo che l'azienda adotta per la gestione del rischio.

Più precisamente, affinché i principi che sono alla base della gestione del rischio trovino corretta applicazione nell'attuazione delle fasi del processo di gestione del rischio di corruzione, serve che l'azienda si doti di un adeguato modello organizzativo di gestione del processo medesimo.

A questo fine, lo stesso ISO31000:2009 suggerisce uno schema (**framework**) che è allo stesso tempo di analisi e progettazione organizzativa, avente ad oggetto contenuti e scelte ritenute di particolare rilevanza per l'efficacia del sistema di RM (Figura 4)

**Figura 4 – Schema di analisi e progettazione organizzativa secondo le indicazioni ISO 31000:2010**



Così come i "Principi", così anche le componenti del Framework ISO, trovano richiami diretti e indiretti nel PNA nelle diverse edizioni che si sono susseguite al fine di essere esplicitati e attuati nell'implementazione dei sistemi di prevenzione della corruzione.

Il Modello organizzativo, così come definito dall'ISO31000, si articola in 5 macro-componenti:

1. *Stabilire il mandato e l'impegno;*
2. *Progettare la struttura di riferimento per la gestione del rischio;*
3. *Attuare la gestione del rischio;*
4. *Monitorare e riesaminare la struttura di riferimento;*
5. *Tendere al miglioramento continuo della struttura di riferimento.*

Ciascuna di queste componenti è a sua volta articolata in altri fattori di seguito brevemente descritti per gli aspetti sostanziali.

### **Stabilire il mandato e l'impegno**

Nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, le amministrazioni devono, innanzitutto, dichiarare qual è il livello di eticità a cui intendono attenersi, ovviamente nel rispetto della normativa e della regolamentazione per la tutela dai comportamenti corruttivi, ossia dovranno *stabilire l'impegno e il mandato* che intendono assumere in termini di prevenzione della corruzione.

Ciascuna organizzazione, pertanto, dovrà illustrare, in modo chiaro e sintetico, gli obiettivi strategici connessi al contenimento dei comportamenti corruttivi. Infatti, la stessa L. 190/12 prevede che *«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»* (art. 1, co. 8, come sostituito dal d.lgs. 97/2016).

Un'organizzazione, ad esempio, potrebbe includere tra gli obiettivi strategici l'esclusione di qualsiasi forma di conflitto di interesse e a tal fine spingersi al punto di escludere qualsiasi forma di collaborazione dei dipendenti con società esterne, anche prive di collegamenti con l'amministrazione, pur di reprimere sul nascere qualsiasi possibile futura cointeressenza,

ricorrendo anche e soprattutto all'adozione e al rafforzamento di misure obbligatorie quali il Codice di comportamento o iniziative di sensibilizzazione.

Gli obiettivi fissati a livello strategico devono poi essere declinati in obiettivi operativi da assegnare ai dirigenti, ciascuno per il proprio ramo di competenza, nonché a tutto il personale coinvolto nell'attuazione delle misure di prevenzione. In sostanza, il ciclo di programmazione della prevenzione deve tendere ad integrarsi con il ciclo di programmazione istituzionale.

Mentre il PNA del 2015 in tale ottica afferma la necessità *“di garantire l'integrazione e coordinamento con gli obiettivi di performance nonché con gli strumenti e i soggetti che intervengono nel ciclo di gestione della performance o in processi equivalenti”*, il PNA del 2016, rafforzando tale intento, *“propone che tra gli obiettivi strategici e operativi di tale strumento, una volta entrato a regime, vengano inseriti quelli relativi alle misure di prevenzione della corruzione previsti nel PTPC al fine di migliorare la coerenza programmatica e l'efficacia operativa degli strumenti. In prospettiva, più che un coordinamento ex post tra i documenti esistenti, che comunque costituisce un obiettivo minimale, maggiore efficacia potrà ottenersi dall'integrazione ex ante degli strumenti di programmazione”*.

### **Progettare la struttura di riferimento per la gestione del rischio**

La corretta progettazione dell'organizzazione chiamata alla gestione del rischio nella sua completezza, si articola in alcuni aspetti di dettaglio di seguito esposti.

- **Comprendere l'organizzazione e il suo contesto (rif. 4.3.1.).** Elemento cruciale per l'attuazione del modello organizzativo è la comprensione del contesto, esterno ed interno, in cui l'amministrazione opera. In tal senso l'organizzazione dovrà attivarsi per definire modalità di interazione con gli stakeholders, coinvolgendo le diverse collettività, dopo averle mappate in modo esaustivo, in tutte le fasi di sviluppo del sistema, indagando sulle aspettative e dichiarando quali potranno essere soddisfatte e in quale modalità.

### Definizione del contesto interno

Il sistema di gestione del rischio deve essere allineato alla strategia dell'organizzazione, alla struttura organizzativa, ai processi produttivi e, naturalmente, alla stessa cultura organizzativa.

Per ambiente interno si intende qualunque aspetto che possa influenzare l'approccio con cui l'organizzazione andrà a implementare il proprio sistema di gestione del rischio corruttivo, in questo senso le informazioni da individuare e utilizzare si possono riassumere in:

- governance, struttura, ruoli e risultati attesi dell'organizzazione;
- politiche, obiettivi e strategie adottati o da adottarsi per raggiungerli;
- capacità dell'organizzazione, in termini di risorse e competenze;
- percezione del rischio e valori etici diffusi;
- cultura organizzativa;
- sistemi informativi, processi informativi e processi decisionali (sia formali che informali);
- eventuali Standard, guide linea e modelli già adottati dall'organizzazione.

### Definizione del contesto esterno

Comprendere il contesto esterno di riferimento è fondamentale per assicurarsi che gli obiettivi e gli interessi degli stakeholder esterni siano debitamente considerati nella definizione del sistema di gestione del rischio dell'organizzazione. Tale analisi può includere, ma non è limitata, a:

- contesto sociale, culturale, politico, criminologico, economico, tecnologico, produttivo di riferimento che possono favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- fattori e tendenze esterni che possono impattare sulla capacità dell'organizzazione di raggiungere i propri obiettivi;
- relazioni dell'organizzazione con i portatori di interesse esterni, nonché la loro percezione del rischio.

**Esempio Analisi del Contesto – Sezione Analisi del Contesto esterno ed interno di riferimento - PTPC Istituto Regionale di Studi Giuridici del Lazio – CARLO ARTURO JEMOLO 2018/20**

<b>SWOT ANALISYS</b>	
<b>CONTESTO INTERNO</b>	
<b>Punti di forza</b>	<b>Punti di debolezza</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacità di adattamento alla nuova normativa</li> <li>• Competenze specialistiche</li> <li>• Procedure standardizzate</li> <li>• Sistemi informativi “customizzati”</li> <li>• Certificazione di qualità</li> <li>• Comunicazione diretta ed efficace</li> <li>• Riconoscibilità e affidabilità dell’Istituto</li> <li>• Capacità di autofinanziarsi sul mercato</li> <li>• Ampia attività editoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carenza di organico</li> <li>• Parziale infungibilità del personale</li> <li>• Rigidità dell’assetto organizzativo</li> <li>• Impossibilità di valutazione dei servizi di Laziocrea e di definizione degli obiettivi</li> </ul>
<b>CONTESTO ESTERNO</b>	
<b>Opportunità</b>	<b>Minacce</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequenti modifiche legislative che garantiscono implementazione in termini di formazione</li> <li>• Obbligatorietà della mediazione</li> <li>• Potenziale espansione del mercato della mediazione nel territorio del Lazio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistenza all’attività di regolamentazione, da parte degli stakeholder, conseguente all’adozione di nuove misure PTPC</li> <li>• Mercato altamente concorrenziale sia per formazione sia per mediazione</li> <li>• Impatto organizzativo dovuto all’adeguamento a norme di riferimento</li> <li>• Su Frosinone, difficoltà di apertura al mercato dovuta a posizioni dominanti pregresse</li> <li>• Implementazione delle competenze dell’Istituto senza ulteriore assegnazione del personale e/o trasferimento di risorse</li> </ul>

- **Stabilire la politica per la gestione del rischio (rif. 4.3.2.).** Un'efficacia politica di gestione del rischio comporta che siano chiaramente indicati gli obiettivi e le risorse dedicate dall'organizzazione alla prevenzione.

Tale attività deve essere finalizzata alla declinazione degli obiettivi strategici della prevenzione in obiettivi operativi assegnati ai responsabili delle misure per essere eventualmente introdotti nei piani di performance purché sostenibili in termini di impegno economico.

- **Definire le responsabilità (rif. 4.3.3.).** L'organizzazione deve garantire che vi sia responsabilità, autorità e competenza appropriata per la gestione del rischio, compresa l'attuazione e il mantenimento del processo di gestione dei rischi e la garanzia dell'adeguatezza, dell'efficacia e dell'efficienza dei controlli.

Secondo quanto previsto dal D.lgs. 190/2012, il PNA 2013 e la relativa regolamentazione di attuazione della norma, tra cui la circ. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, ogni Amministrazione dovrà individuare la figura del Responsabile della prevenzione tra figure rappresentative dirigenziali, indipendentemente dalla fascia acquisita, che agisca il proprio mandato rispettando il carattere di indipendenza e autonomia.

Così come l'allegato 1 al PNA 2013 sconsiglia il ricorso ad un soggetto che non ha altri incarichi all'interno dell'organizzazione, parimenti dovrà essere tutelato il carattere di compatibilità con le principali aree soggette al rischio di corruzione, evitando che la posizione sia ricoperta da un dirigente che coordina quelle maggiormente esposte divenendo egli stesso il controllore delle proprie azioni.

Ad ogni modo, la scelta dovrà essere adeguatamente motivata trattandosi di un incarico di natura strettamente personale. A conferma, il PNA 2016 prevede che: *“Viene superata la precedente disposizione che considerava in via prioritaria i dirigenti amministrativi di prima fascia quali soggetti idonei all'incarico.*

*Tale nuovo orientamento, che risponde a esigenze di amministrazioni con un numero ridotto di dirigenti di vertice, è tuttavia opportuno sia letto in relazione alla necessità che il RPCT debba poter adeguatamente svolgere il proprio ruolo con effettività e poteri di interlocuzione reali con gli organi di indirizzo e con l'intera struttura amministrativa.*

*Laddove possibile, pertanto, è altamente consigliabile mantenere in capo a dirigenti di prima fascia, o equiparati, l'incarico di RPCT. La nomina di un dipendente con qualifica non dirigenziale deve essere adeguatamente motivata con riferimento alle caratteristiche dimensionali e organizzative dell'ente".*

- **Integrare i processi organizzativi (rif. 4.3.4.).** Affinché l'integrazione del processo di prevenzione risulti efficiente ed efficace, è opportuno che il coordinamento avvenga non solo sotto il profilo metodologico, ma venga utilizzato anche uno strumento informativo che consenta, attraverso la formulazione di indicatori, di rilevare costantemente anche ai fini della rilevazione dei costi sostenuti per l'attuazione. Il PNA 2015 affermava, infatti, che *"particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPC e Piano della performance o documento analogo, sotto due profili: a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più efficaci e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa".*

È pur vero che l'edizione più recente del Piano, del 2017, prevede una modifica riguardo al processo di integrazione in precedenza particolarmente promosso; infatti, prendendo spunto dalle indicazioni operative afferenti alle Istituzioni universitarie, il Piano segnala *"l'esigenza di superare l'impostazione seguita da alcune università di predisporre un unico piano (definito come "Piano integrato"), in quanto al PTPCT sono correlate forme di gestione e responsabilità differenti rispetto a ogni altro strumento di programmazione e la necessità di identificare chiaramente misure in funzione anticorruptiva".*

Tale indicazione non dovrebbe comunque essere interpretata come un'inversione di rotta nel percorso di integrazione tra i sistemi poiché è l'efficienza dei sistemi rappresenta un prerequisito per il loro funzionamento nella pubblica amministrazione.

- **Assegnare le risorse (rif. 4.3.5.).** Le misure di prevenzione per essere efficaci devono essere sostenibili, cioè godere di un livello di risorse adeguate, qualitativamente e quantitativamente, ricorrendo, nel caso a specifici programmi di formazione.

Sebbene, uno degli assunti previsti originariamente dal PNA 2013, alla base dell'implementazione del sistema da parte delle organizzazioni, consisteva nell'invarianza del costo, ovvero che non fossero poste risorse aggiuntive specificatamente dedicate all'implementazione del modello di prevenzione, tale presupposto sembra non essere più sostenibile.

Infatti, da un lato, la recente giurisprudenza ha asserito che la formazione obbligatoria in materia di anticorruzione e trasparenza è "*fuori dell'ambito applicativo di cui al comma 13 dell'art.6 del D.L.78/2010*", cioè fuori dai limiti alle spese di formazione (Corte dei Conti Emilia Romagna, deliberazione n.276/2013), dall'altro il PNA 2016 riconosce al RPCT la possibilità di utilizzare risorse impiegate in altri settori dell'organizzazione.

Difatti, tale PNA statuisce che "*per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, ferma restando l'autonomia di ogni amministrazione o ente, appare necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT. Ove ciò non sia possibile, è opportuno rafforzare la struttura di supporto mediante appositi atti organizzativi che consentano al RPCT di avvalersi di personale di altri uffici*";

- **Stabilire i meccanismi di comunicazione e reporting interni (rif. 4.3.6.).** Ai fini del monitoraggio circa l'attuazione delle misure di prevenzione, è necessario che le amministrazioni si dotino di meccanismi di comunicazione e reporting interni, al fine di sostenere e incoraggiare l'assunzione di responsabilità nella gestione dei rischi.

La funzionalità della reportistica deve essere misurata non solo dai contenuti e dalla differenziazione a seconda dei destinatari (selettivo per gli organi di governo, esaustivo per i responsabili dei processi operativi), ma anche dalla semplicità interpretativa del dato e dalla differenziazione a seconda della categoria dei destinatari.

In termini di monitoraggio, lo stesso RPCT dovrà relazionare ANAC l'andamento delle attività del sistema di prevenzione entro il 15 dicembre di ogni anno; lo stesso dovrà fare nei confronti dell'Organismo Indipendente di Valutazione, nelle amministrazioni in cui è tale figura vige.

- **Stabilire i meccanismi di comunicazione e reporting esterni (rif. 4.3.7.).** Anche nei confronti degli stakeholder esterni dovranno essere attivati meccanismi di comunicazione

e reporting esterni, in modo da favorire la trasparenza informativa. Il PNA del 2013 suggeriva che ciò potesse “*avvenire attraverso il coinvolgimento di cittadini e di organizzazioni portatrici di interessi collettivi, ai fini della predisposizione del P.T.P.C., della diffusione delle strategie di prevenzione pianificate, nonché sui risultati del monitoraggio sull'implementazione delle relative misure.*”

*Le consultazioni potranno avvenire o mediante raccolta dei contributi via web oppure nel corso di incontri con i rappresentanti delle associazioni di utenti tramite somministrazione di questionari. L'esito delle consultazioni deve essere pubblicato sul sito internet dell'amministrazione e in apposita sezione del P.T.P.C., con indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità di partecipazione e degli input generati da tale partecipazione”.*

Tale principio di condivisione e partecipazione è ampiamente confermato anche dalle edizioni successive del PNA. Tra le iniziative previste a supporto della partecipazione, rientra l'organizzazione della Giornata della trasparenza che rappresenta l'occasione pubblica in cui gli *stakeholders* vengono resi edotti sulle politiche di prevenzione della corruzione e possono esprimere direttamente suggerimenti ed osservazioni di cui l'Amministrazione deve tenere conto.

### **Attuare la gestione del rischio**

L'Attuazione della gestione dei rischi avviene tramite l'applicazione programmata del processo di gestione a tutti i livelli nonché a tutte le funzioni dell'organizzazione, dal livello strategico a quello operativo (4.4.1), e dando seguito allo svolgimento delle fasi del processo di gestione descritte nel capitolo dedicato (4.4.2) a cui si rinvia per un maggior dettaglio.

### **Monitorare e riesaminare la struttura di riferimento**

Il monitoraggio e la verifica non riguarda solo l'andamento delle misure di trattamento del rischio, ma anche il monitoraggio e la riesamina **della struttura di riferimento** rivedendo periodicamente il disegno organizzativo, al fine di garantire una gestione dei rischi efficace attraverso indicatori periodicamente rivisti e adeguati che misurino il raggiungimento dell'output atteso e l'eventuale ricaduta esterna (**outcome**) delle azioni intraprese, nonché la

verifica della coerenza del disegno, delle politiche interne e della programmazione con il contesto interno ed esterno.

Tale compito è assolto dal RPCT assistito dalla struttura di supporto o, nelle strutture più complesse dagli organi di controllo interni, finanche dall'**Internal Auditing**.

### **Tendere al miglioramento continuo della struttura di riferimento**

Il PNA 2017 inserisce un ulteriore elemento di complessità nell'attuazione del sistema di prevenzione, ovvero la necessità che l'impegno delle amministrazioni nello sviluppo dei sistemi di prevenzione non si volga solo nella direzione della gestione dei rischi ad esso collegati, ma proceda anche nella direzione della qualità dell'organizzazione, in linea con i principi della gestione del rischio. Infatti, tale documento precisa che: *“è bene che le misure proposte siano recepite in stretta integrazione con ogni altra politica di **miglioramento organizzativo** tendere al miglioramento continuo della struttura di riferimento del modello organizzativo adottato, sulla base dei risultati del monitoraggio delle misure intraprese per la prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza che può determinare la revisione delle attività rivelatisi ridondanti o inefficaci”*.

## I ruoli previsti per la gestione del rischio (focus)

L'Allegato 1 al PNA 2013 e i successivi aggiornamenti definiscono le competenze di tutti gli attori che concorrono all'attuazione del sistema di prevenzione della corruzione, in conformità a quanto disposto dalla Legge 190/12.

Le competenze e le responsabilità sono rimaste sostanzialmente immutate anche in seguito alla recente riforma della Legge medesima, attuata con l'entrata in vigore del D.lgs. 97/2016; tuttavia, alcuni chiarimenti e precisazioni sono state apportate con l'introduzione del PNA 2016, con particolare riferimento al ruolo degli organi politici di vertice.

Innanzitutto, tutte le organizzazioni soggette all'applicazione della normativa per l'anticorruzione debbono nominare un responsabile per l'attuazione dei propri Piani di prevenzione della corruzione, a cui compete anche la competenza ad effettuare la vigilanza, la contestazione e le segnalazioni previsti dal D.lgs. dell'8 aprile 2013, n. 39, art. 15: "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190. (GU Serie Generale n.92 del 19-4-2013)".

Seppure la normativa concentri sulla figura del responsabile della prevenzione le responsabilità per il verificarsi di fenomeni corruttivi (L. 190/12, art. 1, comma 12,), tutti i dipendenti mantengono il proprio livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti.

In sintesi, i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno di ciascuna amministrazione e i relativi compiti e funzioni sono:

**a. l'autorità di indirizzo politico che:**

- designa il responsabile (L. 190/12, art. 1, comma 7);
- adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti e provvede alle relative comunicazioni L. 190/12, art. 1, commi 8 e 60);
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il

conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex D.lgs. 165/2001, art. 53);

- contempla nelle proprie linee strategiche gli obiettivi relativi alla gestione della prevenzione e della trasparenza che devono essere poi declinati in obiettivi di performance organizzativa ed individuale da assegnare ai dirigenti e compatibilmente anche al restante personale.

b. **il responsabile della prevenzione**, a cui spetta il compito di:

- elaborare la proposta di piano della prevenzione ai fini dell'adozione da parte degli organi di governo (Circolare DFP 1/2013);
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (Circolare DFP 1/2013);
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione (Circolare DFP 1/2013);
- verificare l'efficace attuazione e l'idoneità del Piano; ne propone la modifica quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'ente (Circolare DFP 1/2013);
- verificare, d'intesa con i dirigenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici in cui è più elevato il rischio corruttivo (Circolare DFP 1/2013);
- svolgere gli altri compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità (L. 190/12, art. 1; D.lgs. n. 39/2013, art. 15);
- elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (L. 190/12, art. 1, comma 14);
- provvedere ad intrattenere i rapporti con l'O.I.V. in relazione alle competenze assegnate dal D.lgs. 97/2016, a cui trasmette annualmente la relazione sulle attività svolte;
- definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito del P.T.P.C.; infatti, tra le altre disposizioni che rivedono l'impostazione definita dalla Legge 190/12, il d.lgs. 97/16 afferma che: "Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza segnala all'organo di indirizzo e all'O.I.V. le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza" (art. 41, comma 1, lett. f).

Il RPCT coincide con il Responsabile della trasparenza, in linea con le recenti modifiche normative, e ne svolge conseguentemente le funzioni (D.lgs. n. 33/2013, art. 43; "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di

informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”. (GU Serie Generale n.80 del 5-4-2013;

c. **i referenti per la prevenzione**, presenti soprattutto nelle organizzazioni di maggiore dimensione, per l’area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza, affinché questi abbia elementi e riscontri sull’intera organizzazione e attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento;
- monitorano l’attuazione delle misure obbligatorie e ulteriori per la prevenzione della corruzione, nell’ambito delle strutture di riferimento;
- monitorano il corretto adempimento degli obblighi normativi in materia di trasparenza, a cura delle strutture di competenza;
- coadiuvano il Responsabile per la prevenzione della corruzione nel monitoraggio del rispetto delle previsioni del piano da parte delle strutture e dei dirigenti di afferenza;
- informano tempestivamente il Responsabile per la prevenzione della corruzione di ogni segnalazione di ritardo procedimentale;
- facilitano i flussi informativi tra le diverse strutture;
- segnalano al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza ogni esigenza di modifica del piano, in caso di accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero di avvenuti mutamenti del contesto di riferimento;
- possono essere individuati nel P.T.P.C.;
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (L. 190/12, art. 1, comma 14);

d. **Task-Force multidisciplinare**, può essere utile la creazione di una task force multidisciplinare di supporto al RPC con il compito di:

- partecipare al coordinamento delle attività di analisi e di sistematizzazione dei risultati nella redazione del P.T.C.P. e dei relativi aggiornamenti annuali (PNA 2013, All. 1);
- elaborare e condividere con il RPC le proposte metodologiche per il miglioramento del sistema di prevenzione;

e. **tutti i dirigenti** per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (D.lgs. 165/2001, art. 16; D.P.R. n. 3/1957 art. 20; legge 14 gennaio 1994, n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono le misure di prevenzione (D.lgs. n. 165 del 2001, art. 16);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (D.lgs. n. 165/2001, artt. 16 e 55 bis);
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (Legge 190/2012, art. 1, comma 14);

f. **gli Organismi indipendenti di Valutazione (O.I.V.)** che si riportano solo per completezza di informazione in quanto non è ancora sancita la loro presenza negli Ordini professionali infermieristici e gli altri organismi di controllo interno:

- partecipano al processo di gestione del rischio (PNA 2013, Allegato 1, par. B.1.2.); considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (Legge 33/2013, artt. 43 e 44);
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato da ciascuna amministrazione (D.lgs. n. 165/2001 art. 54, comma 5);
- intervengono a vario titolo nel processo di gestione dei rischi di corruzione;

g. **l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.):**

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (D.lgs. n. 165/2001, art. 55 bis);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (D.P.R. n. 3/1957, art. 20; art.1, Legge 20/1994, comma 3; art. 331 c.p.p.);
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;

h. **tutti i dipendenti dell'amministrazione:**

- partecipano al processo di gestione del rischio (PNA 2013, Allegato 1, par. B.1.2.);

- osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (Legge 190/2012, art. 1, comma 14);
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. (D.lgs. 165/2001, art. 54 bis del); segnalano casi di personale conflitto di interessi (Legge 7 agosto 1990, n. 241, art. 6 bis);

i. i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:

- osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (PNA 2013, 2015 e 2016);
- segnalano le situazioni di illecito (Determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015: "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)").

Allo scopo di esplicitare al meglio la tempistica che caratterizza l'operato del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza nell'ambito del Ciclo della performance, viene di seguito riportato il Gantt delle attività che egli deve rispettare nel corso dell'anno, distinguendo tra scadenze perentorie e scadenze il cui rispetto è raccomandato al fine di un esercizio lineare ed efficiente del proprio ruolo.



## I rapporti tra RPCT e ANAC

Nell'aggiornamento del PNA 2018, ancora in fase di consultazione al momento della scrittura del presente documento di supporto metodologico, sono illustrati alcuni passaggi fondamentali che regolamentano i rapporti tra il RPCT delle singole amministrazioni e l'Autorità Nazionale Anticorruzione, ai fini del controllo interno su cui il RPCT deve vigilare per quanto di competenza e i provvedimenti che l'Amministrazione può adottare nei confronti del RPCT medesimo.

L'ANAC interagisce con il RPCT nello svolgimento della propria attività di vigilanza per verificare sia l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione di cui alla l. 190/2012, sia il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013 negli enti pubblici.

Relativamente alla vigilanza sulle misure anticorruzione, l'art. 1, co. 2, lett f), della l. 190/2012 assegna all'Autorità il compito di esercitare la vigilanza e il controllo sull'effettiva applicazione e sull'efficacia delle misure anticorruzione adottate dalle pubbliche amministrazioni e sul rispetto delle regole sulla trasparenza amministrativa.

Con Regolamento del 29 marzo 2017 (Delibera n. 330 del 29 marzo 2017) l'ANAC ha chiarito che l'ANAC si rivolge al RPCT dell'amministrazione per comunicare l'avvio del procedimento di vigilanza di cui al richiamato art.1, co. 2, lett. f), della l. 190/2012. Tale comunicazione può anche essere preceduta da una richiesta di informazioni e di esibizione di documenti, indirizzata al medesimo RPCT, utile per l'avvio del procedimento.

In tal senso, il legislatore assegna al RPCT il compito di svolgere all'interno di ogni ente *“stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”* (art. 43, co. 1, d.lgs. 33/2013).

Il RPCT, inoltre, è il soggetto (insieme al legale rappresentante dell'amministrazione interessata, all'OIV o altro organismo con funzioni analoghe) cui ANAC comunica l'avvio del procedimento con la contestazione delle presunte violazioni degli adempimenti di pubblicazione dell'amministrazione interessata. Tale comunicazione può anche essere preceduta da una richiesta di informazioni e di esibizione di documenti, indirizzata al medesimo RPCT, utile ad ANAC per valutare l'avvio del procedimento.

È opportuno che il RPCT fornisca le notizie sul risultato dell'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, che è tenuto a svolgere stabilmente ai sensi dell'art. 43, co.1, del d.lgs. 33/2013.

L'amministrazione è tenuta a considerare tra le cause ostative allo svolgimento e al mantenimento dell'incarico di RPCT le condanne in primo grado prese in considerazione nel decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, art. 7, co. 1, lett. da a) ad f), nonché quelle per i reati contro la pubblica amministrazione e, in particolare, almeno quelli richiamati dal d.lgs. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I "Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica amministrazione".

Proprio in relazione alle funzioni attribuite, il RPCT deve dare tempestiva comunicazione all'amministrazione o ente presso cui presta servizio di aver subito eventuali condanne di primo grado, almeno tra quelle relative alle disposizioni sopra richiamate.

L'amministrazione, ove venga a conoscenza di tali condanne da parte del RPCT interessato o anche da terzi, è tenuta alla revoca dell'incarico di RPCT. I provvedimenti di revoca devono essere tempestivamente comunicati all'Autorità come disciplinato nel recente Regolamento approvato con delibera ANAC n. 657 del 18 luglio 2018.

Laddove le condanne riguardino fattispecie che non sono considerate nelle disposizioni sopra richiamate, le amministrazioni o gli enti possono chiedere l'avviso dell'Autorità anche nella forma di richiesta di parere, al fine di dirimere le situazioni di incertezza sui provvedimenti da adottare nei confronti del RPCT, incluso il provvedimento di revoca.

Con le modifiche apportate alla l. 190/2012 dal d.lgs. 97/2016 (art. 41, co. 1, lett. f), all'ANAC è stato conferito il potere di intervenire con richiesta di riesame anche nel caso di presunte misure discriminatorie comunque collegate, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle funzioni di RPCT.

La necessità di chiarire alcuni profili attinenti le proprie modalità di intervento hanno recentemente condotto l'ANAC ad adottare il *“Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione”* approvato con delibera n. 657 del 18 luglio 2018.

---

## Parte III

### Il processo di gestione

---



## Definizione del Rischio corruttivo: gli elementi fondamentali (Rischio, comportamento, fattore abilitante/causa)

### Definizione di rischio corruttivo

In letteratura e nei principali standard internazionali di RM sono molte le definizioni di “rischio”; la traduzione letterale tratta da ISO 31000:2009 definisce il rischio come: “l’effetto dell’incertezza sugli obiettivi”, ove: “l’effetto è una deviazione dal risultato atteso – positivo o negativo” e l’incertezza è “l’assenza, seppure limitata, di informazioni riguardanti la comprensione o la conoscenza di un evento, della sua conseguenza o della sua probabilità”. Inoltre, “il rischio è spesso espresso come una combinazione delle conseguenze di un evento, comprese le modifiche delle circostanze, e la relativa probabilità del suo verificarsi”.

In realtà, nel concetto di rischio confluiscono anche altri fattori di natura cognitiva, quali la percezione, l’attitudine, la tolleranza, l’accettazione e la propensione al rischio che, combinati, formano il profilo di rischio di una organizzazione, pubblica o privata che sia.

La definizione di rischio corruttivo adottata dal nostro legislatore, esplicitata in prima battuta dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) attraverso la circolare 1/2013 e ribadita poi da ANAC nell’aggiornamento del PNA avvenuto nel 2015, risulta coerente con le migliori prassi internazionali e con gli standard di riferimento.

In particolare, si legge nella richiamata circolare, *“Il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri l’abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, che, come noto, è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p., e sono tali da comprendere non solo l’intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite”*.

Anche il successivo intervento chiarificatore di ANAC, avvenuto come detto nel nell'aggiornamento del PNA (2015), conferma la precedente definizione del fenomeno corruttivo, riconoscendola *“non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la c.d. “maladministration”, intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell’interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari”*.

ANAC sottolinea cioè come occorra avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell’interesse pubblico e pregiudicano l’affidamento dei cittadini nell’imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

Quindi, considerata l’ampia accezione di rischio a cui si fa riferimento che include non solo la violazione di precetti aventi riflesso penale ma anche le condotte comunque ritenute illecite messe in atto per favorire interessi particolari, la ricerca dell’azione di contrasto più efficace deve evidenziare necessariamente gli elementi che compongono il rischio, incluse le modalità, ovvero i *“comportamenti individuali e/o collettivi”*, che possono generarlo.

In questi termini, il rischio di corruzione rivela quelle che sono le componenti che lo caratterizzano, distinguendolo dalle altre tipologie di rischio, in modo da evidenziare gli elementi su cui intervenire prima dell’accadimento e del manifestarsi degli effetti.

La definizione dell’ISO 31000 sopra citata, che accosta il concetto di rischio *“all’effetto dell’incertezza”*, se presa isolatamente, potrebbe fuorviare nella corretta identificazione dell’evento, in quanto in essa l’attenzione viene concentrata sulle conseguenze ancor prima dell’accadimento; tale accezione, sul piano operativo, potrebbe invece essere accompagnata dall’analisi delle circostanze (le c.d. *“modalità”* o comportamenti) e degli altri fattori che possono rendere possibile l’evento stesso e determinarne l’effetto (i c.d. *“fattori abilitanti”*, come meglio si esplicherà nel proseguo della trattazione).

### Fattori abilitanti e Cause

Sul base di quanto appena detto, e nella consapevolezza che sono molteplici gli elementi di analisi per una completa valutazione (preventiva) del fenomeno corruttivo, appare evidente che per analizzare il “rischio di corruzione all’interno di uno schema fattuale” è indispensabile che almeno siano individuati: fattispecie (evento rischioso), comportamento/i (modalità), e fattore/i abilitante/i.

In particolare, la corretta identificazione dei “fattori abilitanti” contribuisce in modo determinante a specificare il contesto in cui lo schema fattuale viene ad attuarsi consentendo, così, di predisporre interventi correttivi adeguati (le c.d. misure di trattamento del rischio).

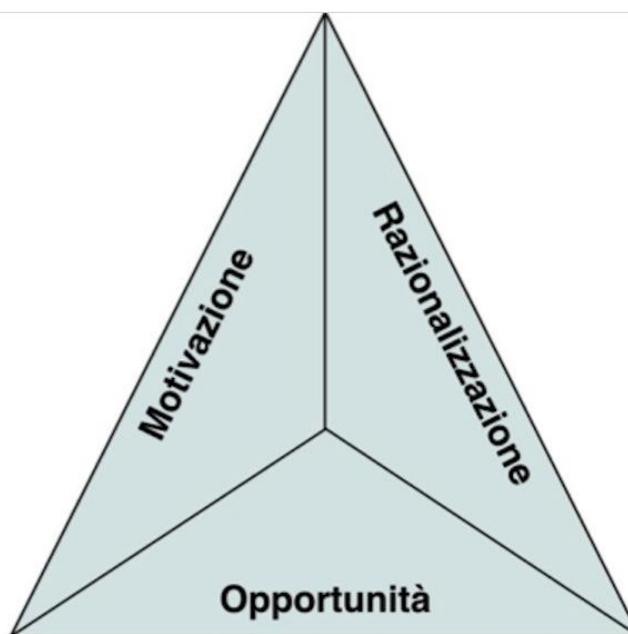
Specificatamente, il fattore abilitante si traduce nella presenza di condizioni in primis organizzative ma anche di tipo sociale e ambientale che possono agevolare (creare le opportunità per) un comportamento corruttivo.

L’inefficacia di una procedura operativa o un monopolio di potere decisionale sono esempi di fattori abilitanti di tipo organizzativo mentre l’impossibilità di attivare forme di controllo sociale o l’assenza di una adeguata cultura dell’etica rappresentano esempi (non esaustivi) di fattori abilitanti di tipo sociale o ambientale. Entrambe le fattispecie ovviamente non conducono necessariamente al compimento di un fatto illecito ma, al contempo, lo rendono più facilmente realizzabile.

Il criminologo statunitense Donald R. Cressey asseriva, sul finire degli anni ‘60, a proposito delle cause che possono indurre a compiere un atto fraudolento che: «Le persone di fiducia violano il rapporto fiduciario quando comprendono di avere un problema finanziario, non condivisibile, e si accorgono di poter risolvere in segreto tale problema, trasgredendo alla propria posizione di lealtà finanziaria, trovandosi nella condizione di associare al proprio comportamento, motivazioni che modificano la concezione di sé stessi, da persone di fiducia a fruitori dei fondi o dei beni affidati» (cit. da “Other people's money - A study in the social psychology of embezzlement”, Montclair: Patterson Smith, 1973”).

In questa affermazione sono raccolti gli elementi che hanno portato l'autore a sviluppare il c.d. "triangolo della frode" (Cressey, 1950; 1953; 1965) (Figura 5), divenuto poi uno schema di analisi comportamentale piuttosto noto alla letteratura specialistica (Hinna, Monteduro, Moi, 2016), in cui sono rappresentate di fatto le determinanti (fattori abilitanti ma non solo) di un comportamento corruttivo: (a) motivazioni che spingono il soggetto a compiere una determinata azione; (b) opportunità che il comportamento possa essere agito nell'interesse delle parti coinvolte; (c) razionalizzazione possibile dell'atto compiuto o da compiere, da intendersi come possibile giustificazione che l'autore dell'illecito può avere per sé stesso e per gli altri.

**Figura 5 – Il Triangolo della frode**



Fonte: Elaborazione degli autori

Come è facilmente intuibile, queste dimensioni, che possono tra loro interagire, rispondono a dimensioni (variabili) non omogenee. Infatti:

- la componente dell'opportunità risponde ad una dimensione "organizzativa" del problema (contesto interno di riferimento), in quanto è nell'assetto organizzativo, nelle sue variabili hard (struttura, sistemi di controllo, etc.) e soft (valori, cultura, etc.) che possono definirsi gli spazi di azione;

- la motivazione è una variabile tipicamente individuale e legata quindi alle strutture ed ai processi motivazionali che appartengono ai singoli, che ispirano i comportamenti di ciascun attore;
- la razionalizzazione è una variabile di natura sociale e culturale. Attraverso la “razionalizzazione”, infatti, il soggetto tenta di legittimare il proprio comportamento, ritenendo di agire per una giusta causa o perché obbligato, reputando, quindi, il proprio comportamento giusto anziché disonesto, adducendo a se stesso e agli altri motivazioni socialmente e culturalmente accettabili (es.: “l’organizzazione merita questo trattamento perché non mi ha fornito le giuste opportunità di carriera”, “il mio stipendio non è adeguato e dunque è me lo merito”, “così fan tutti”, “non riesco a sostenere i bisogni della mia famiglia, ecc.).

È evidente, quindi, che se le determinanti di un comportamento corruttivo hanno diversa natura (organizzativa, individuale e socio-culturale), diversa natura hanno anche le misure che posso essere poste in essere per prevenirlo.

Detto in altri termini: il rischio di corruzione si “tratta” – potenzialmente – attraverso un sistema di azioni capaci di agire sulle organizzazioni (misure di miglioramento organizzativo), sulla motivazione (politiche “incentivanti” di gestione delle risorse umane) e sui valori di fondo dell’agire individuale (es. politiche di identificazione organizzativa e di sensibilizzazione etica).

Evidentemente, il rischio di corruzione andrebbe trattato intervenendo su ognuna delle tre dimensioni citate, pur nella consapevolezza che propria la natura differente delle stesse determina una differente possibilità di intervento, con costi e tempi di realizzazione assai differenti.

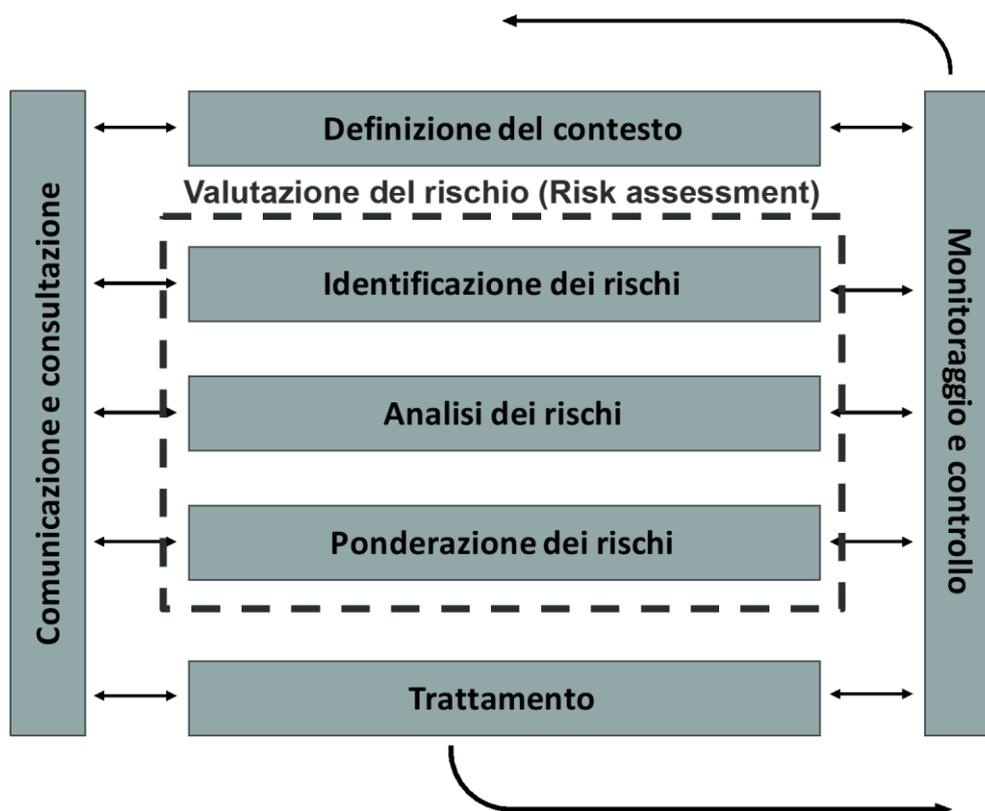
## Fasi del processo

Al fine di addivenire alla scelta di misure efficaci per il trattamento del rischio, è importante che le organizzazioni, seguendo quanto appunto previsto dal PNA e dagli standard internazionali di riferimento, procedano all'applicazione di un metodo coerente e sistematico volto a:

- comunicare con e consultare gli stakeholder interni ed esterni all'amministrazione durante tutte le fasi del processo;
- definire il contesto di riferimento al fine di identificare, analizzare e ponderare i rischi corruzione;
- trattare i rischi precedentemente identificati e puntualmente associati ai diversi processi produttivi;
- monitorare e controllare l'evoluzione dei rischi;
- registrare adeguatamente i risultati delle fasi precedenti.
- 

La figura 6 rappresenta sinteticamente le differenti fasi che caratterizzano l'introduzione di un processo di gestione del rischio, coerente con le indicazioni fornite dal PNA.

Figura 6 – Il processo di gestione del rischio



Fonte: Traduzione degli autori

Nel suo complesso il processo di gestione del rischio assume forma di ciclica volta al miglioramento continuo. Infatti, anno dopo anno, la definizione della strategia aziendale (esemplificata nel PTPCT) risulterà alimentata da una migliore implementazione del processo che una volta arrivato alla fase finale di monitoraggio e controllo acquisirà gli elementi necessari per essere re-impostato (in caso di errori macroscopici dal punto di vista metodologico) o migliorato (ad esempio, in termini di maggior coinvolgimento dei diversi attori interni o esterni all'organizzazione).

Inoltre, come specificato nel capitolo precedente, i risultati ottenuti dall'implementazione del processo di gestione del rischio potranno anche eventualmente informare – sempre in senso migliorativo – la revisione o l'adattamento del contesto organizzativo a supporto dello stesso processo di gestione.

In tal senso, ad esempio, potrebbe risultare necessario intervenire sui sistemi informativi per la gestione dei flussi informativi, nella creazione di database elettronico per la catalogazione dei risultati delle macro fase di **risk-assessment** o sulla definizione delle responsabilità dei diversi attori organizzativi.

### Comunicazione e consultazione

**Principi ISO31000.** La Gestione del rischio:

*a) «crea e protegge il valore», poiché contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi ed al miglioramento della prestazione. Il collegamento tra l'efficacia della gestione del rischio e il contributo al successo dell'organizzazione deve essere chiaramente analizzato, dimostrato e comunicato.*

*i) «è trasparente e inclusiva» dei portatori d'interesse e dei responsabili delle decisioni. La consultazione con le parti interessate richiede un'attenta pianificazione poiché la fiducia può essere costruita o distrutta. I soggetti interessati dovrebbero essere coinvolti in tutti gli aspetti della gestione dei rischi, compresa la progettazione del processo di comunicazione e di consultazione.*

La comunicazione con gli stakeholder interni ed esterni e la loro eventuale consultazione dovrebbe essere attuata durante tutte le fasi del processo diventando quindi una fase trasversale al processo stesso.

Un piano integrato di comunicazione e consultazione dovrebbe essere predisposto con la finalità di assicurare che i soggetti direttamente coinvolti nell'implementazione del processo di gestione del rischio corruttivo nonché i portatori di interesse (ad esempio: cittadini, fornitori, altre amministrazioni pubbliche) siano effettivamente consapevoli delle motivazioni alla base delle più importanti decisioni in tema di prevenzione della corruzione.

Allo stesso tempo, gli stessi soggetti, possono essere consultati per raccogliere informazioni utili a:

- definire il contesto interno ed esterno;
- assicurare che gli interessi rappresentati dai diversi utenti/soggetti esterni siano compresi e considerati;
- indentificare puntualmente i rischi;
- analizzare i rischi utilizzando diverse aree di competenza ed esperienza;
- costruire un proficuo sostegno nella definizione delle priorità di azione e delle misure di trattamento.

Facendo riferimento ai principi ISO, è evidente come la fase di comunicazione e consultazione “crei e protegga il valore” dell’amministrazione, in quanto contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi. Il collegamento tra l'efficacia della gestione del rischio e il contributo al successo dell’organizzazione deve infatti essere chiaramente analizzato, dimostrato e comunicato.

### Consigli operativi

Dal punto di vista operativo, e guardando in prima battuta alla comunicazione e consultazione interna, può essere opportuno procedere con un coinvolgimento incrementale dei diversi soggetti interni che potenzialmente possono contribuire alla implementazione del sistema di gestione del rischio. La consultazione passa obbligatoriamente attraverso una adeguata informazione/formazione dei soggetti chiamati a partecipare attivamente alle successive fasi del processo di gestione del rischio.

Nelle strutture organizzative più complesse, e quindi numerose, sarà quindi opportuno procedere per fasi incrementali di coinvolgimento di tutti i soggetti interni, assicurandosi prima che siano stati debitamente informati e formati per l'assunzione del ruolo che gli è stato assegnato in termini di partecipazione al ciclo di gestione del rischio (Devono partecipare alla analisi del conteso interno? Sono chiamati a identificare i rischi insistenti sui propri processi organizzativi? Sono abilitati a proporre delle misure di trattamento del rischio?). La fase oggetto di discussione, infatti, deve essere necessariamente "trasparente e inclusiva" in quanto il piano di comunicazione e consultazione richiede un'attenta pianificazione e valutazione della relativa sostenibilità poiché la fiducia con gli attori organizzativi interni/stakeholder può essere faticosamente costruita o, al contrario, facilmente distrutta.

Se quanto detto vale per i soggetti interni al perimetro organizzativo è tanto più importante considerarlo per tutti gli stakeholder esterni. Anche da questo punto di vista è auspicabile andare oltre il mero aspetto formalistico della pubblicazione dei PTPC nel proprio sito istituzionale. Un reale processo di comunicazione verso i propri portatori di interesse passa inevitabilmente attraverso modalità di ingaggio e coinvolgimento adeguate e costruite su misura rispetto alle diverse tipologie di interlocutori (infermieri, cittadini, fornitori, altre pubbliche amministrazioni).

## Definizione del contesto

**Principi ISO31000:** La Gestione del rischio:

*g) «è su misura», cioè è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione. Prende in considerazione questioni interne, quali, ad esempio, turnover del personale (per una formazione propedeutica), e deve tendere all'integrazione con i processi decisionali.*

*h) «tiene conto dei fattori umani e culturali», individuando capacità, percezioni e aspettative delle persone esterne ed interne e il linguaggio comune che possono facilitare o impedire il raggiungimento degli obiettivi. Considera anche la capacità di risposta ai c.d. early warnings e l'abilità nel riconoscere e affrontare le questioni complesse con strategie appropriate.*

La fase di definizione e analisi del contesto (interno/esterno), presupponendo che l'approccio sia "su misura" e che "tenga conto dei fattori umani e culturali" dell'organizzazione, ha come obiettivo quello di "ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione o dell'ente per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne" (Aggiornamento PNA 2015, p. 16).

### Definizione del contesto interno

Per l'analisi del contesto interno si ha riguardo agli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare essa è utile a evidenziare da un lato il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione o ente.

L'obiettivo ultimo è che tutte le attività svolte dall'organizzazione vengano analizzate, in particolare attraverso la mappatura dei processi, al fine di identificare le aree che, in ragione della natura e delle peculiarità delle attività stesse, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Quindi, sintetizzando le diverse indicazioni fornite dai PNA 2013 e 2015, l'analisi del contesto interno, oltre ai dati generali sopra indicati, è basata sulla rilevazione ed analisi dei processi organizzativi.

La mappatura dei processi è definita come un modo "razionale" di individuare e rappresentare tutte le attività dell'organizzazione in maniera strumentale all'identificazione, analisi, ponderazione e trattamento dei rischi corruttivi. Il PNA 2015 esplicita poi che l'effettivo svolgimento della mappatura deve risultare nel PTPCT dato che l'accuratezza e l'eshaustività della mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità dell'analisi complessiva.

#### **Consigli operativi**

La realizzazione della mappatura dei processi deve tener conto della dimensione organizzativa dell'amministrazione, delle conoscenze e delle risorse disponibili, dell'esistenza o meno di una base di partenza (ad es. prima ricognizione dei procedimenti amministrativi, sistemi di controllo, sistemi di qualità).

La mappatura conduce, come previsto nel PNA, alla definizione di un elenco dei processi (o dei macro-processi). È poi necessario effettuare una loro descrizione e rappresentazione il cui livello di dettaglio tiene conto delle esigenze organizzative, delle caratteristiche e della dimensione della struttura. La finalità è quella di sintetizzare e rendere intellegibili le informazioni raccolte per ciascun processo, permettendo, nei casi più complessi, la descrizione del flusso e delle interrelazioni tra le varie attività.

Come minimo è necessaria l'individuazione delle responsabilità e delle strutture organizzative che intervengono. Altri elementi per la descrizione del processo sono: l'indicazione dell'origine del processo (input); l'indicazione del risultato atteso (output); l'indicazione della sequenza di attività che consente di raggiungere il risultato - le fasi; i tempi, i vincoli, le risorse, le interrelazioni tra i processi.

#### **Definizione del contesto esterno**

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione o l'ente opera, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.

A tal fine, sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'amministrazione o ente, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni.

Comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui una struttura è sottoposta consente di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio.

#### **BOX 1 – tecniche di analisi del contesto esterno**

**Analisi documentale.** Si tratta di una analisi desktop che ogni Responsabile (o staff di supporto) può fare consultando banche dati pubbliche (ISTAT, Corte dei Conti, etc.), report (Università e Istituti di Ricerca, Associazioni di Categoria), organi di stampa sia locali che nazionali o internazionali.

**Interviste e Workshop.** Entrambe le tecniche sono finalizzate a rilevare le informazioni ricorrendo alle conoscenze e alle esperienze del personale, del management, degli stakeholder e, in generale, di ogni soggetto che può contribuire alla corretta identificazione e descrizione dei rischi. Le interviste possono essere svolte in maniera strutturata, con l'ausilio di un questionario predisposto allo scopo, oppure possono essere informali, senza una preventiva programmazione del colloquio e lasciando l'intervistato libero di scegliere gli argomenti di cui parlare.

Questo secondo tipo di intervista può risultare dispersiva, ma ha il valore aggiunto di far emergere informazioni rilevanti, soprattutto nel caso in cui l'analista non abbia già una chiara visione del problema. I workshop a differenza delle interviste, raggruppando più partecipanti, possono stimolare un proficuo dibattito e far emergere informazioni e rischi che nelle interviste individuali – in particolare in quelle formali – potrebbero non emergere. Per favorire una partecipazione attiva al workshop, è opportuno che i partecipanti siano informati preventivamente sulle finalità e sulle modalità della riunione e che durante lo svolgimento non siano dati giudizi su idee e commenti che vanno valutati in un secondo momento. Infine, è opportuno che tra i partecipanti al workshop non vi siano differenze gerarchiche, al fine di evitare timori e tensioni nell'esprimere le proprie idee e opinioni.

A supporto sia delle interviste, sia dei workshop possono essere utilizzati gli strumenti precedentemente illustrati.

## Valutazione dei rischi

La macro-fase di valutazione dei rischi (*Risk Assessment*) comprende le specifiche fasi di identificazione, analisi e ponderazione dei rischi corruzione.

In generale, l'obiettivo di questa fase è quello di far emergere delle informazioni fattuali, basate sull'analisi qualitativa e quantitativa prodotta, che possano guidare le decisioni dell'RPCT relative a quali sono i rischi corruttivi nonché come e con quale priorità trattare i rischi emersi nel territorio organizzativo oggetto di analisi.

In particolare, alcuni dei principali vantaggi di questo approccio sono:

- comprendere la natura dei rischi e il loro potenziale impatto sull'organizzazione;
- analizzare i comportamenti, ossia le modalità operative attraverso le quali, concretamente, è attuato l'atto di corruzione;
- identificare i fattori abilitanti di tipo organizzativo e/o socio-ambientale;
- definire le priorità di trattamento;
- far emergere informazioni utili a guidare i soggetti nella scelta delle modalità di trattamento più conformi.

Le linee guida comprese nella citata "famiglia ISO" descrivono un numero consistente di tecniche utilizzabili nella fase di valutazione dei rischi, in particolare l'ISO/IEC 31010:2009: "Risk management - Risk assessment techniques". Solo nel documento citato se ne possono contare 31 diverse. In molti casi il punto fondamentale non è quello di potersi procurare gli strumenti specifici ma, piuttosto, avere le competenze necessarie per selezionare la tecnica, o meglio le tecniche, più adatte allo scopo e sostenibili per l'organizzazione di riferimento.

In questo senso, le tecniche dovrebbero esibire le seguenti caratteristiche per poter essere efficacemente adottate dalle amministrazioni:

- essere conformi agli obiettivi specifici perseguiti dall'amministrazione;
- essere sostenibili in termini di:
  - o competenze (capacità ed esperienze) dei soggetti deputati ad utilizzarle;
  - o conformità rispetto alle tempistiche della redazione e realizzazione del PTPC;

- disponibilità di eventuali risorse economiche necessarie.

## Identificazione dei rischi

**Principi ISO31000.** *La Gestione del rischio:*

*f) «si basa sulle migliori informazioni disponibili», cioè le fonti di informazione quali dati storici, esperienza, informazioni di ritorno dai portatori d'interesse, osservazioni, previsioni e parere di specialisti, da utilizzare in combinazione con le altre informazioni disponibili per evitare possibili distorsioni.*

La finalità di questa fase è quella di definire una lista completa dei eventi rischiosi (identificazione) e fornire, quindi, un input alla successiva fase di analisi dei rischi nonché alle decisioni riguardo la definizione delle priorità di trattamento. In questa fase, oltre a rilevare il più ampio spettro possibile di eventi rischiosi è necessario raccogliere un livello di informazioni che consenta una esaustiva comprensione dell'evento rischioso in termini di modalità comportamentali illegali/illegittime che portano al verificarsi dell'evento rischioso.

Naturalmente, poiché l'identificazione degli eventi e la raccolta di informazioni correlate richiedono un impiego di tempo e risorse, il livello di dettaglio verso cui spingersi dovrà essere definito in funzione di un'analisi costi-benefici che prenda in considerazione anche gli obiettivi definiti a monte del processo di risk management.

È importante, quindi, procedere all'identificazione degli eventi attraverso un rigoroso processo di analisi che passa attraverso 2 fasi:

- l'identificazione dei potenziali eventi corruttivi (rischi corruttivi);
- la descrizione, per ogni fase del processo esposta allo stesso rischio, dei comportamenti (modalità) che essere eventualmente attivati.

Per procedere all'identificazione degli eventi rischiosi è opportuno che ogni organizzazione prenda in considerazione il più ampio numero possibile di fonti informative (interne, es. procedimenti disciplinari, segnalazioni, report di uffici di controllo, incontri con i responsabili degli uffici e con il personale, oltre che naturalmente le risultanze dell'analisi della mappatura dei procedimenti e dei processi; esterne, es. casi giudiziari e altri dati di contesto esterno).

Per facilitare il lavoro degli Ordini, in particolare nella fase di identificazione, il paragrafo 4.2.2, presenta un catalogo degli eventi comuni (*prompt list*, vedi successivo *BOX 2 – tecniche di Identificazione*) emersi nel corso dei Focus Group organizzati presso FNOPI. Naturalmente, non si tratta di un elenco esaustivo di tutte le fattispecie rinvenibili ma di una solida base da cui partire per impostare il lavoro di ogni singolo Ordine.

### Esempio Catalogo Rischi di corruzione – Allegato Identificazione e analisi dei Rischi di corruzione - PTPC Istituto Regionale di Studi Giuridici del Lazio – CARLO ARTURO JEMOLO 2018/20 2018/20

AREA DI RISCHIO: Acquisti					
PROCESSO	FASI/AZIONI	EVENTO	MODALITA' DI COMPORTAMENTO (COME)	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI	
				PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI: CONDIZIONI INDIVIDUALI, ORGANIZZATIVE, SOCIALI E AMBIENTALI
PROCESSI ACQUISTI BENI E SERVIZI SENZA PROCEDURA MEPA	Analisi e individuazione dei fabbisogni	Scelta preferenziale di un soggetto contraente (TRASVERSALE)	creazione di un fabbisogno fittizio	interno	Mancanza di programmazione (60). Ampia discrezionalità nella scelta dei criteri (60). Assenza di regole o procedure (61)
	Determinazione e contrarre e approvazione schema contratto		definizione dello schema contratto su misura individuando una specifica tipologia di bene/servizio	interno	Discrezionalità in un unico soggetto nella predisposizione del bando (34). Discrezionalità nell'individuazione delle caratteristiche dell'oggetto dell'affidamento (38). Complessità della norma di riferimento (62). Assenza di regole o procedure (61)
	Istruttoria individuazione soggetto senza procedura MEPA				
	Determinazione aggiudicazione		decisione che esula dai risultati della fase istruttoria	interno	Monopolio del potere (63). Ampia discrezionalità interpretativa (1). Ampia discrezionalità nella scelta delle imprese (3). Assenza di scarsa applicazione della trasparenza amministrativa (14)
	Decreto impegno di spesa				
Firma contratto					

## BOX 2 – Tecniche di identificazione

**Catalogo degli eventi standard.** La *prompt list* (o catalogo degli eventi standard) consiste in un elenco dettagliato di eventi potenziali standard per alcuni settori di intervento o per alcuni processi o attività. In genere, la lista è predisposta attingendo a progetti simili già realizzati in passato da altre organizzazioni. La lista non fornisce informazioni su come identificare gli eventi, ma rappresenta una base di partenza, un ausilio per le attività di identificazione vere e proprie. La *prompt list* può essere utilizzata a supporto di altre tecniche, come i workshop, le interviste e l'analisi dei flussi di processo, rappresentando una guida alla discussione e all'analisi.

Tale strumento però, se da un lato semplifica il processo di identificazione degli eventi rischiosi suggerendo le possibili opzioni, dall'altro potrebbe disincentivare quel processo creativo e di analisi teso a identificare gli eventi specifici per l'organizzazione o per il processo oggetto di analisi.

La *prompt list*, infatti, anche se rappresenta una tecnica poco costosa, utilizzata in maniera esclusiva potrebbe produrre danni in termini di mancata individuazione di eventi rischiosi rilevanti. È, quindi, opportuno che i soggetti chiamati ad animare e guidare il processo di identificazione abbiano esperienza e professionalità per arginare il rischio di partecipazione passiva.

**Check list.** Si tratta di una lista di controllo finalizzata a individuare gli elementi significativi di un'attività, di un sistema o di un processo, per far emergere le condizioni di criticità rispetto alla dimensione di rischio oggetto di analisi. Il contenuto della *check list* può essere l'elenco degli elementi caratterizzanti l'attività, il processo o i comportamenti indagati, per cui si chiede di valutarne lo stato in relazione alla tipologia di rischio (ad esempio, un elenco di elementi caratterizzanti l'attività di reclutamento del personale in relazione alla corruzione, o un elenco di domande chiuse volte ad esaminare le problematiche relative ad una certa area o ad un processo).

La *check list* ha l'obiettivo di segnalare tutte le potenziali situazioni di rischio che vanno indagate sia direttamente dall'analista (o dal gruppo di lavoro dedicato a tale fase), sia attraverso verifiche con gli attori interessati nei luoghi detentori della conoscenza. Per tale motivo è importante che una *check list* sia completa rispetto alla problematica da indagare, anche se ciò comporta un lavoro lungo e complesso che, in genere, richiede l'intervento del *risk manager* e dei responsabili delle funzioni coinvolte. Se da un lato una *check list* ben costruita è un utile supporto di facile impiego, dall'altro, come nel caso della *prompt list*, può risultare eccessivamente rigida e reprimere una partecipazione attiva e creativa.

**Analisi Interne.** Queste analisi possono essere elaborate in concomitanza con il processo di pianificazione e controllo, normalmente tramite incontri con il personale delle varie unità operative. Qualche volta si possono utilizzare le informazioni provenienti dagli stakeholder (clienti, fornitori e terzi in genere), oppure da esperti esterni all'unità in esame (personale dell'*internal audit*).

### **Analisi dei rischi**

La fase di analisi dei rischi sviluppata all'interno delle strutture "titolari", i cosiddetti "risk owners" dei processi su cui incombono i rischi, ha il duplice scopo di:

- a. pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente attraverso una analisi dei c.d "fattori abilitanti" o "cause" così come definite nel PNA 2015;
- b. individuare il livello di esposizione al rischio delle attività e dei relativi processi attraverso la c.d. "misurazione" o "pesatura" degli eventi rischiosi.

Naturalmente, la seconda sotto-fase ("misurazione" o "pesatura") risulta strettamente collegata alla successiva fase di "ponderazione", diretta ad identificare gli eventi su cui l'amministrazione si deve indirizzare in via "prioritaria", sulla base di criteri precedentemente definiti.

**Principi ISO 31000. La Gestione del rischio:**

**e) «è sistematica, strutturata e tempestiva»,** ovvero contribuisce all'efficienza ed al raggiungimento di risultati confrontabili ed affidabili, attraverso pratiche organizzative che associano i rischi alle decisioni, sulla base di criteri coerenti con gli obiettivi e la portata delle attività.

**d) «tratta esplicitamente l'incertezza»,** cioè tiene conto dichiaratamente di un evento potenziale, non certo, della sua natura e del modo in cui questo può essere affrontato, allo scopo di valutare e trattare con successo il rischio.

**e) «è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione»,** compreso quello decisionale e non un'attività indipendente, separata dalle altre, specie se queste contribuiscono a generare il rischio.

#### a. Analisi dei fattori abilitanti

In particolare, l'analisi dei fattori abilitanti, o cause come definite da ANAC, è coerente rispetto allo standard ISO 31000 ma è una innovazione introdotta dall'Autorità solo nel PNA 2015 dato che, come si vedrà nel successivo box "consigli operativi" non era stata compresa nel primo PNA 2013. Esplicitamente, il PNA 2015 riporta che *"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 (nдр. "fattori abilitanti") degli eventi rischiosi, cioè delle circostanze (nдр. organizzative) che favoriscono il verificarsi dell'evento"*. Naturalmente, tali fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

A titolo esemplificativo, i fattori abilitanti tipici sono:

- mancanza o inefficacia del sistema di controllo interno;
- monopolio del potere, delle competenze, della capacità e delle informazioni da parte di alcuni soggetti interni all'organizzazione;
- eccessiva discrezionalità di determinati soggetti interni all'organizzazione;
- mancanza di trasparenza dei processi interni ritenuti più sensibili (ad esempio acquisto di forniture di beni e servizi);
- mancanza o inefficienza dei sistemi informativi (ICT) interni;
- mancanza di competenze tecniche o operative in alcuni ruoli chiave dell'organizzazione;

- mancanza o superficiale definizione di competenze e relative responsabilità del personale.

### **BOX 3 – Tecniche di analisi dei fattori abilitanti**

**Root cause analysis (single loss analysis).** L'obiettivo della tecnica consiste nell'identificare e analizzare la radice o le cause di un evento rischioso invece di trattare solo i sintomi immediatamente evidenti. Il processo di analisi, realizzato da un team di esperti, prevede la raccolta e analisi di dati ed evidenze relative alla perdita o fallimento per definirne le cause originarie. L'utilizzo di questa tecnica permette di creare gruppi di lavoro di esperti, i risultati sono documentati e il processo di analisi termina sempre con delle raccomandazioni.

**Cause-effect analysis.** L'analisi causa-effetto è un metodo strutturato per individuare le possibili cause di un evento indesiderato o di un effetto specifico, positivo (obiettivo) o negativo (problema), a seconda del contesto. Organizza i possibili fattori in modo che tutte le possibili ipotesi possono essere prese in considerazione, puntando a prove reali e alla verifica empirica delle ipotesi; le informazioni sono organizzate a scelta nel diagramma Fishbone (chiamato anche Ishikawa) o talvolta un diagramma ad albero.

I passaggi fondamentali sono: a) stabilire l'effetto da analizzare e inserirlo in uno schema; b) determinare le principali categorie di cause rappresentate da caselle nel diagramma Fishbone. (es. persone, attrezzature, ambiente, processi); c) compilare le possibili cause per ogni categoria principale con rami e sotto-rami per descrivere la relazione tra di loro; continuare a chiedere "perché?" o "che cosa ha causato questo?" per collegare le cause; d) rivedere tutte le diramazioni per verificare la coerenza e la completezza e garantire che le cause si collegano all'effetto principale; e) individuare le cause più probabili sulla base del parere del team di analisi e delle prove disponibili.

Ancora una volta, come nella fase precedente di identificazione degli eventi rischiosi, per facilitare il lavoro degli Ordini, la parte IV presenta un catalogo dei fattori abilitanti comuni (**prompt list**) emersi nel corso dei Focus Group organizzati presso FNOPI.

Naturalmente, anche in questo caso, non si tratta di un elenco esaustivo di tutte le fattispecie rinvenibili ma di una solida base da cui partire per impostare il lavoro di ogni singolo Ordine.

### Consigli operativi

Riassumendo schematicamente il paragrafo precedente, la fase di identificazione si concretizza nella definizione degli elementi essenziali dello schema di frode per ciascun rischio identificato nei processi produttivi analizzati.



In questo senso il PNA 2013, nell'allegato III "Elenco esemplificativo dei rischi" aveva commesso un errore metodologico non considerando puntualmente gli elementi sopradescritti

"...reclutare candidati particolari" → **EVENTO RISCHIOSO**

"...insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare..." → **FATTORE ABILITANTE**

ALLEGATO N. 3

Elenco esemplificazione rischi

**NOTA:** la presente elencazione ha carattere meramente esemplificativo. I rischi di seguito elencati sono considerati in un'ottica strumentale alla realizzazione di fatti di corruzione.

A) **Area: acquisizione e progressione del personale**

- previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari;
- abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari;
- irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari;
- inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari;
- progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari;
- motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.

"previsioni di requisiti di accesso personalizzati..." → **COMPORTAMENTO ILLEGITTIMO**

Come si può facilmente notare, i rischi successivi sono in realtà riconducibili allo stesso evento rischioso "...reclutare candidati particolari" differenziandosi uno dall'altro solo per un uso via via diverso dei comportamenti e/o fattori abilitanti diversi. Questo approccio ha comportato ovviamente una moltiplicazione significativa delle fattispecie nonché l'impossibilità di catalogare le informazioni in maniera sufficientemente solida e utile in termini di successiva mitigazione del rischio.

#### b. La misurazione (c.d. pesatura) dei rischi

La fase di misurazione dei rischi prevede la determinazione del livello di gravità dei rischi sulla base del valore delle due dimensioni che lo compongono: probabilità ed impatto.

L'oggetto della misurazione è, ovviamente, il rischio inteso, più propriamente come la modalità (comportamento) attraverso la quale si può realizzare l'evento potenziale, piuttosto che la fattispecie normativa (civilistica, amministrativa o penale), in quanto la misura di prevenzione dovrebbe andare a contrastare una specifica modalità operativa per risultare realisticamente efficace e consentirebbe di commisurare con maggiore precisione le risorse necessarie all'obiettivo prefissato.

Lo schema per la misurazione della probabilità ed impatto, appositamente elaborato per gestione del rischio di corruzione nelle pubbliche amministrazioni, è da rinvenire nell'Allegato 5 al PNA 2013, formalmente ancora vigente; nei successivi aggiornamenti del PNA, in particolare nella versione rilasciata nel 2015 l'ANAC ha più volte sottolineato l'autonomia delle organizzazioni nella scelta dei criteri da utilizzare ai fini del calcolo.

Secondo l'impostazione prevista nel PNA 2013, il valore del rischio complessivo è determinato dal prodotto tra il valore della probabilità, espresso dalla media dei valori degli indici sottostanti a tale componente (Discrezionalità, Rilevanza esterna, Complessità del processo, Valore economico, Frazionabilità del processo, Controlli), per il valore dell'impatto, quale media degli indici che lo rappresentano (Impatto organizzativo, Impatto economico, Impatto reputazionale, Impatto organizzativo, economico e sull'immagine).

Riguardo il mero calcolo del valore complessivo dei rischi la metrica rappresentata nello stesso Allegato comporta che i rischi possono assumere un valore all'interno del range 1-25, in quanto tale valore è la risultante del prodotto tra probabilità ed impatto, che singolarmente non possono risultare superiori a 5; tuttavia, la gradazione dei punteggi utilizzata nello schema è piuttosto eterogenea (in alcuni casi da 1 a 5, in altri da 0 a 5, in altri ancora non sono presenti valori intermedi).

Nulla, tra l'altro, è aggiunto riguardo le modalità operative di svolgimento dell'attività di misurazione, con riferimento, per esempio, a quali sono i soggetti competenti ad effettuare la valutazione e quale algoritmo debba essere utilizzato (ad eccezione di un "messaggio" del novembre del 2013 da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica che citava la media aritmetica delle valutazioni).

Tale scelta, dunque è necessariamente rinviata alle singole Amministrazioni che, a garanzia della correttezza e uniformità al loro interno, potrebbero dotarsi di una procedura o di uno schema-tipo di applicazione.

D'altronde, lo schema rappresentato nell'Allegato 5 è stato concepito senza distinguere le modalità di applicazione a seconda della differente tipologia e dimensione delle Amministrazioni tenute a rispettarlo; ciò può rappresentare un limite che può rendere difficile la puntuale applicazione da parte di tutte le Amministrazioni nel medesimo modo, considerando l'ampia differenziazione della natura delle realtà pubbliche. Infatti, l'ANAC, nell'aggiornamento del PNA 2015, osserva che: *"Dall'analisi dei PTPC è emerso che gran parte delle amministrazioni ha applicato in modo troppo meccanico la metodologia presentata nell'allegato 5 del PNA. Con riferimento alla misurazione e valutazione del livello di esposizione al rischio, si evidenzia che le indicazioni contenute nel PNA, come ivi precisato, non sono strettamente vincolanti potendo l'amministrazione scegliere criteri diversi purché adeguati al fine"* apre la strada all'utilizzo di metodi alternativi a quello descritto nell'Allegato 5 al PNA 2013.

Pertanto, un'organizzazione pubblica, nel definire un proprio modello di misurazione del rischio, può fare riferimento a fonti differenti; ad esempio, può ricorrere allo stesso schema dell'Allegato 5 del PNA 2013, oppure riferirsi alle indicazioni espresse nel Co.SO. Model – ERM, o finanche utilizzare la metodologia del Global Compact, più volte menzionata nei paragrafi precedenti.

Fatte salve, le indicazioni appena esposte, sono di seguito tracciati i principali criteri/indici a cui si può fare riferimento, desunti dai diversi standard (citati tra parentesi), considerato che, come sopra rappresentato, spetta alla singola amministrazione decidere quali dimensioni

sono maggiormente aderenti alla realtà in cui essa opera ai fini della misurazione della probabilità e dell'impatto del rischio.

### **Probabilità**

- Chance, ovvero la probabilità di accadimento di un evento in funzione di regole di ripetitività desunte dalla letteratura o da statistiche elaborate sul caso specifico su un campione significativo di amministrazioni (standard Co.SO. ERM);
- Frequenza, ossia la ripetitività di un evento osservata all'interno della stessa amministrazione, in un arco temporale definito (standard Co.SO. ERM);
- Discrezionalità, ovvero il differente grado di vincolatività di attuazione del processo rispetto a norme e/o regole interne predefinite (PNA 2013);
- Complessità, ossia la maggiore o minore difficoltà nel perpetrare lo schema commisurata al numero di attori coinvolti nella realizzazione dello schema (standard Global Compact);
- Fattibilità, ovvero il livello di identificazione, analisi o rimozione delle cause originarie degli eventi (standard Global Compact).

### **Impatto**

- Economico, espresso in classi di valori corrispondenti a differenti entità di perdite finanziarie o efficienza nel consumo di risorse (standard Co.SO. ERM);
- Reputazionale, corrispondente all'esposizione mediatica dell'ente in caso di accadimento del rischio, sia in termine di durata, sia in termine di copertura dell'accadimento (standard Co.SO. ERM, Global Compact e PNA 2013);
- Organizzativo, in relazione al diverso grado di interessamento delle aree su cui grava il verificarsi dell'evento (PNA 2013);
- Verso gli stakeholders esterni, in termini di effetto sulle relazioni con i soggetti che hanno interesse sulle attività dell'amministrazione, espresso anche in termine di esposizione ai reclami sull'operato e di costi di recupero dei rapporti (Global Compact);

- Verso gli stakeholders interni, in relazione alle conseguenze sul senso di appartenenza dei dipendenti e sulla relativa capacità di attrazione o ritenzione di personale (Global Compact);
- Compliance, dipendente dall'entità della violazione, a seconda che faccia riferimento a norme o regole interne, a cui può far riscontro la comminazione di sanzioni (Global Compact).

Di seguito sono rappresentati alcuni esempi di rappresentazione della misurazione dei rischi tratto dal PTPC della Città di Este (PD) e dal PTPC ANAC 2018/20.

Esempio Valutazione Rischi di corruzione - Città di Este (PD), PTPC 2018/20

SCHEDE ANALISI DEL RISCHIO CORRUZIONE- PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA 2017-2019

Rischio/Azioni	Responsabili	Tempistica	Indicatori	Modalità di verifica dell'attuazione	VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'					VALUTAZIONE DELL'IMPATTO					VALUTAZIONE COMPLESSIVA RISCHIO						
					Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità del processo	Valore economico	Frazionalità del processo	Controlli	Organizzativo	Reputazionale	Organizzativo economico sull'immagine	0 nessuna probabilità - 1 improbabile - 2 poco probabile - 3 probabile - 4 molto probabile - 5 altamente probabile	0 nessun impatto - 1 marginale - 2 minore - 3 soglia - 4 serio - 5 superiore	Totale Probabilità	Totale Impatto	Valore medio della probabilità X valore medio impatto			
<b>Aree: acquisizione e progressione del personale</b>																					
Rischio 1) Reclutamento: previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari. Prevedere requisiti di accesso connessi a titoli di studio e professionali non specificamente o eccessivamente connessi alla figura da reclutare; verificare i requisiti in base a parametri numerici (voti, anni di lavoro, valutazioni ottenute, ponderate ove possibile); verifica ed eventuale modifica Regolamento sulle procedure di accesso per rendere attuabili tali previsioni.	Dirigente del personale	Entro 6 mesi	On/Off	Controllo preventivo da parte del responsabile anticorruzione che il contenuto dei bandi di concorso sia conforme alle prescrizioni qui riportate	2	5	1	5	1	2	3	1	2	5	3	1	2	5	2,67	2,75	7,34
Rischio 2) Reclutamento: abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari. Definire delle modalità attuative che aprano i processi di stabilizzazione a tutti i possibili candidati aventi requisiti fissati dalla legge, senza introdurre di nuovi e particolari con la lex specialis - contenere quanto più possibile le stabilizzazioni.	Dirigente del personale	Entro 2 mesi dall'adozione del piano occupazionale	On/Off	Controllo preventivo da parte del responsabile anticorruzione che il contenuto dei bandi di concorso/avvisi sia conforme alle prescrizioni qui riportate	1	5	1	5	1	2	3	1	0	5	3	1	0	5	2,5	2,25	5,62
Rischio 3) Reclutamento: irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di	Dirigente del personale	In occasione approvazione	On/Off	Controllo da parte del responsabile anticorruzione che la	1	5	1	3	1	2	3	1	0	5	3	1	0	5	2,17	2,25	4,88

## Esempio Catalogo Rischi di corruzione –Valutazione Rischi di corruzione - PTPC ANAC 2018/20

DESCRIZIONE ATTIVITA'	N Fase	DESCRIZIONE FASE	N_Azione	DESCRIZIONE AZIONE	Esecutore Azione (in ogni cella è presente un menù a tendina)	Attività vincolata vs attività discrezionale	Tipologia di attività (Disciplinata da / scelta da menù a tendina /)	DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO A RISCHIO CORRUZIONE (EVENTO a RISCHIO)	CATEGORIA DI EVENTO RISCHIOSO	IMPATTO	PROBABILITA'	RISULTATO (IMPATTO x PROBABILITA')
Progettazione dell'indagine (prezzi di riferimento in ambito sanitario, ai sensi dell'art. 17, comma 1, lett. a e a-bis del d.l. 98/2011)	1_2	Predisposizione dei questionari di rilevazione dei dati	1_2_1	Individuazione delle caratteristiche specifiche del bene/servizio da rilevare con il questionario (nel caso di beni ad elevato grado di standardizzazione, come i principi attivi tale azione è prevalentemente a carico di AGENAS)	Funzionario	Discrezionale	Prassi dell'Ufficio	Occultamento degli elementi conoscitivi inerenti l'analisi	Uso improprio o distorto della discrezionalità	Alto	Molto bassa	Medio
			1_2_2	Individuazione delle altre informazioni da rilevare con il questionario (caratteristiche relative all'appalto come l'importo del contratto, la durata, la procedura di scelta, ecc.)	Funzionario	Discrezionale	Prassi dell'Ufficio	Occultamento degli elementi conoscitivi inerenti l'analisi	Uso improprio o distorto della discrezionalità	Alto	Molto bassa	Medio

#### **BOX 4 – Tecniche alternative. Lo schema Global Compact per la misurazione dei Rischi di corruzione**

La Guida per il Risk Assessment per l'Anticorruzione (<https://www.unglobalcompact.org/library/411>) fornisce le istruzioni per la gestione del Rischio di corruzione, senza essere prescrittiva. L'obiettivo è molto sfidante poiché il corretto ambito di una valutazione del rischio cambia da organizzazione a organizzazione, a seconda di: categoria industriale, dimensioni, natura delle attività e posizionamento dell'azienda.

Al fine di allocare le risorse in modo efficiente ed efficace per affrontare i rischi di corruzione identificati, vengono definite le modalità di valutazione sia della probabilità che possa verificarsi lo schema di corruzione, sia del corrispondente potenziale impatto di tale evento. L'obiettivo è dare priorità alle risposte a tali rischi secondo una logica che parta dalla combinazione tra la probabilità di accadimento e l'impatto potenziale.

La probabilità dovrebbe essere valutata senza considerare i controlli in essere presso l'azienda. In altre parole, immaginare un'organizzazione dove le opportunità per perpetrare lo schema di corruzione sono abbondanti a causa dell'assenza di un ambiente di controllo sufficiente. La valutazione della probabilità potrebbe essere formulata come la probabilità che l'evento si verifichi entro i successivi 12 mesi.

Tra i fattori da considerare per stimare la probabilità di uno schema di corruzione rientrano: eventi di corruzione che si sono verificati in passato presso l'impresa; eventi di corruzione verificatisi nel settore aziendale; cultura della corruzione locale e dell'ambiente in cui l'evento sarebbe stata perpetrata; complessità del sistema e livello di conoscenze e competenze necessarie per l'esecuzione; numero di individui necessari per attuare lo schema.

Il team di valutazione dovrebbe valutare l'entità del potenziale impatto per ogni particolare schema di corruzione. Il potenziale impatto copre una vasta gamma di effetti, tra cui: danni finanziari, legali, normativi, operativi e di reputazione. Alcuni dei fattori da considerare nella stima del potenziale impatto di ogni rischio o schema sono: Impatto degli eventuali episodi passati degli schemi di corruzione a livello aziendale; Impatto degli episodi degli schemi di corruzione in altre aziende; I potenziali importi delle ammende o sanzioni; Il costo/opportunità derivante da restrizioni normative sulla capacità dell'impresa di operare o espandersi; Impatto potenziale sul bilancio; Impatto sulla assunzione e il mantenimento dei dipendenti; Impatto sul mantenimento dei clienti e dei ricavi futuri.

#### **BOX 4 – Tecniche alternative. Lo schema Global Compact per la misurazione dei Rischi di corruzione**

La Guida per il Risk Assessment per l'Anticorruzione (<https://www.unglobalcompact.org/library/411>) fornisce le istruzioni per la gestione del Rischio di corruzione, senza essere prescrittiva.

Al fine di allocare le risorse in modo efficiente ed efficace per affrontare i rischi di corruzione identificati, vengono definite le modalità di valutazione sia della probabilità che possa verificarsi lo schema di corruzione, sia del corrispondente potenziale impatto di tale evento.

Secondo questa impostazione, la probabilità dovrebbe essere valutata senza considerare i controlli in essere presso l'azienda. In altre parole, immaginare un'organizzazione dove le opportunità per perpetrare lo schema di corruzione sono abbondanti a causa dell'assenza di un ambiente di controllo sufficiente.

La valutazione della probabilità, ad esempio, potrebbe essere formulata come la probabilità che l'evento si verifichi entro i successivi 12 mesi.

Tra gli altri possibili fattori che possono essere considerati per stimare la probabilità di uno schema di corruzione rientrano: eventi di corruzione che si sono verificati in passato presso l'impresa; eventi di corruzione verificatisi nel settore aziendale; cultura della corruzione locale e dell'ambiente in cui l'evento sarebbe stata perpetrata; complessità del sistema e livello di conoscenze e competenze necessarie per l'esecuzione; numero di individui necessari per attuare lo schema.

Il potenziale impatto, invece, copre una vasta gamma di effetti, tra cui: danni finanziari, legali, normativi, operativi e di reputazione. Alcuni dei fattori da considerare nella stima del potenziale impatto di ogni rischio o schema sono: Impatto degli eventuali episodi passati degli schemi di corruzione a livello aziendale; Impatto  
li episodi degli schemi di corruzione in altre aziende; I potenziali importi delle ammende o sanzioni; Il costo/opportunità derivante da restrizioni normative sulla capacità dell'impresa di operare o espandersi; Impatto potenziale sul bilancio; Impatto sulla assunzione e il mantenimento dei dipendenti; Impatto sul mantenimento dei clienti e dei ricavi futuri.

## Ponderazione dei rischi

**Principi ISO31000.** La Gestione del rischio:

*c) «è parte del processo decisionale»: aiuta i responsabili a prendere scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra azioni alternative, considerando: i) le incertezze relative ai cambiamenti ambientali e organizzativi; ii) i rischi relativi agli aspetti umani, sociali, di sicurezza e ambientali nel processo di innovazione; iii) la valutazione dei rischi nei piani di investimenti. La priorità del trattamento, definita dal RPCT, si basa su: livello di rischio: maggiore è il livello, maggiore è la priorità di trattamento; obbligatorietà della misura di prevenzione; impatto organizzativo e finanziario connesso all'implementazione della misura.*

La priorità del trattamento, definita dal RPCT, si basa su: livello di rischio: maggiore è il livello, maggiore è la priorità di trattamento; obbligatorietà della misura di prevenzione; impatto organizzativo e finanziario connesso all'implementazione della misura.

Lo scopo di questa fase è quello definire le priorità di intervento dell'organizzazione sui rischi identificati in base alle risorse disponibili. È evidente, riferendosi ancora una volta ai principi ISO, che la fase di ponderazione dei rischi “è parte del processo decisionale” in quanto supporta i Responsabili a compiere scelte consapevoli finalizzate a determinare la scala di priorità delle azioni.

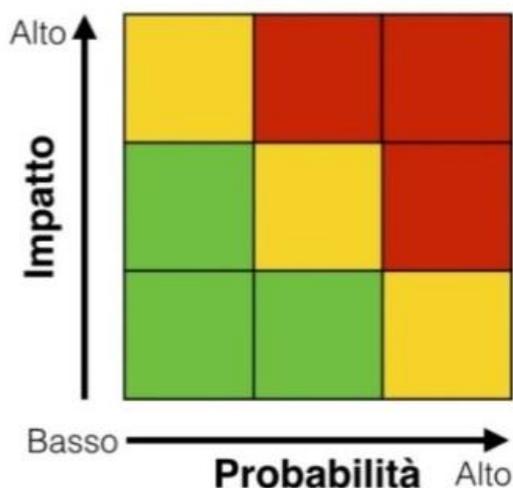
Al fine di rappresentare graficamente e in maniera leggibile – sia sotto il profilo della probabilità sia dell'impatto – l'analisi della valutazione dei rischi, è possibile ricorrere alle cosiddette “matrici del rischio”.

In figura 6 è riportato un esempio di mappa del rischio a matrice, nella quale sono indicati, lungo l'asse delle ordinate e delle ascisse, rispettivamente l'impatto e la probabilità. Tale rappresentazione è particolarmente utile per supportare il decisore nel valutare in modo selettivo le decisioni da intraprendere in funzione delle priorità assegnate ai fenomeni analizzati.

Un approccio comune divide solitamente i rischi in 3 differenti livelli:

1. (rosso) un livello di attenzione massima dove i rischi che vi ricadono sono definiti intollerabili e dove è essenziale prevedere delle misure di trattamento del rischio indipendentemente dai costi connessi;
2. (giallo) un livello di attenzione intermedio dove i rischi non sono ritenuti prioritari e dove un'analisi costi benefici è considerato nella decisione di adottare o meno delle misure di trattamento;
3. (verde) un livello di attenzione minimo dove i rischi sono classificati sopportabili o così non rilevanti da non necessitarsi particolari misure di trattamento.

**Figura 6 – Matrice di rischio**



Fonte: Elaborazione degli autori

Viene di seguito riportato un esempio di ponderazione del rischio residuo, basato sul livello di gravità dell'evento, determinato dal grado di probabilità ed impatto, estratto dal PTPC ISTAT 2018/20.

## Esempio Ponderazione Rischi di corruzione – Sezione Valutazione Rischi di corruzione - ISTAT - PTPC 2018/20

Valutazione del Rischio Inerente/Residuo per comportamento:							Valutazione del rischio (Mappa del rischio) - R.Inerente per struttura e per comportamento					
Comportamento corruttivo nr.:	#1	#2	#3	#4	#5	#6						
Valore Medio del rischio ineren	Medio-basso	Medio-basso	Medio	Medio-basso	Medio	Medio						
Valutazione Media dell'efficacia dei controlli	Medio-bassa	Medio-bassa	Media	Medio-bassa	Media	Medio-bassa						
Valore ponderato del rischio residuo:	Medio-basso	Medio-basso	Medio-alto	Medio-basso	Medio-basso	Medio						

Probabilità	Impatto					
	BASSO	MEDIO-BASSO	MEDIO	MEDIO-ALTO	ALTO	
5						ALTA
4,13						MEDIO-ALTA
3,22						MEDIA
2,34						MEDIO-BASSA
1,44						BASSA
1						

## Trattamento dei rischi

**Principi ISO31000.** *La Gestione del rischio:*

**k) «favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione»,** che dovrebbe sviluppare ed attuare strategie per accrescere la maturità della propria gestione del rischio.

*Il miglioramento continuo, anche delle prestazioni, è correlato con quello del trattamento del rischio, riguardante: l'integrazione nell'attività generale; la qualità della valutazione; la qualità e l'accesso alle informazioni; la velocità del processo decisionale.*

In linea teorica, le policy di trattamento del rischio sono diverse e si possono elencare differenti approcci al rischio che prevedono:

- l'accettazione del rischio;
- l'elusione del rischio;
- la riduzione delle probabilità che l'evento rischioso si verifichi;
- la riduzione degli impatti derivanti dal verificarsi di un evento;
- il trasferimento all'esterno di tutto o parte del rischio.

Sinteticamente:

- l'accettazione del rischio prevede che non vengano adottate misure di mitigazione del rischio, lasciando invariate le condizioni organizzative (rischi definiti non prioritari).
- l'elusione prevede, invece, che le attività all'origine dell'evento rischioso vengano eliminate neutralizzando così, di fatto, il rischio stesso oggetto di trattamento.

Le misure di riduzione della probabilità agiscono sui fattori abilitanti alla base dell'evento rischioso in una logica di prevenzione.

Per quanto attiene riduzione dell'impatto, invece, le misure utilizzate sono di protezione in quanto incidono sulla manifestazione dell'evento rischioso, riducendo il danno da questo generato. Infine, il trasferimento del rischio prevede il trasferimento a soggetti terzi, previo esborso di carattere finanziario, del costo derivante dalla realizzazione dell'evento rischioso (es. assicurazione).

Essendo di non semplice attuazione in ambito pubblico sia l'elusione che il trasferimento, il legislatore e conseguentemente il PNA privilegiano l'adozione soprattutto di misure di riduzione della probabilità, da qui la necessità nella fase di identificazione e analisi del rischio di esplicitare chiaramente i comportamenti e i fattori abilitanti connessi al rischio corruttivo.

Per quanto riguarda invece la tipologia delle misure attuabili, a partire dal 2015, superando la vecchia classificazione proposta dal PNA 2013 che differenziava le misure in "obbligatorie" e "ulteriori", ANAC ha stabilito la distinzione tra:

- "misure generali", che si caratterizzano per il fatto di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in materia trasversale sull'intera amministrazione;
- "misure specifiche", che si caratterizzano per il fatto di incidere su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio, altresì detti i "fattori abilitanti".
- 

Inoltre, ANAC ha iniziato ad elaborare (in linea con quanto previsto dall'art. 7 della l. 124/2015) alcune esemplificazioni di misure articolate per comparti/categorie omogenee di amministrazioni. In tal senso le indicazioni del PNA possono essere riassunte in un catalogo di misure "generali" indirizzate a tutte le amministrazioni e che comprende misure di:

- controllo;
- trasparenza;
- definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- regolamentazione;
- semplificazione;
- formazione;
- sensibilizzazione e partecipazione;
- rotazione;
- segnalazione e protezione;
- disciplina del conflitto di interessi.

Oltre a queste misure trasversali, nel PNA 2016 ANAC ha dedicato una parte speciale (approfondimento III, p. 40) volta a supportare gli Ordini professionali nell'applicazione diretta della normativa in materia di contrasto alla corruzione, con particolare riferimento alla l. 190/2012 e al d.lgs. 33/2013. In tale sezione speciale, sono approfondite questioni di tipo organizzativo e di gestione del rischio, in particolare:

- il ruolo dell'RPC e il processo di adozione del PTPC;
- le aree di rischio specifiche che caratterizzano gli Ordini e Collegi professionali;
- la trasparenza di cui al d.lgs. 33/2013.

Nella parte dedicata alle aree di rischio specifiche, ANAC presenta dei rischi standard a cui è sottoposta l'attività degli Ordini professionali e le relative misure che – potenzialmente – possono essere adottate per mitigarli.

Per ogni dettaglio si rimanda naturalmente al testo originale del PNA 2016 ma in questa sede si sottolinea come nei documenti elettronici in allegato al presente documento sono presentate le misure adottate specificatamente da FNOPI oltre che degli esempi di misure (adeguatamente progettate) sviluppate negli incontri del Task Team.

#### **La identificazione e selezione delle misure**

Così come esplicitato da ANAC nell'aggiornamento del PNA 2015, la selezione della misura di trattamento più appropriata presuppone una analisi volta a evidenziare 3 presupposti:

1. *efficacia* nella mitigazione dei fattori abilitanti del rischio. In una logica di prevenzione la misura selezionata dovrà essere in grado di ridurre le probabilità di accadimento dell'evento rischioso o proteggere l'organizzazione dagli impatti previsti.
2. *sostenibilità* economica e organizzativa delle misure. La selezione delle misure presuppone una analisi costi benefici che valuti l'appropriatezza della misura rispetto ai costi che presuppone e agli impatti organizzativi. La mancanza di questo passaggio renderebbe del tutto irrealistici, se non dannosi, i Piani elaborati dalle aziende.

3. *adattamento* alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione. Ancora una volta la scelta delle misure deve essere fatta "su misura" rispetto alle peculiarità e alle esigenze specifiche dell'organizzazione.

È importante sottolineare che le misure di trattamento possono introdurre, a loro volta, dei nuovi rischi nell'organizzazione. Un rischio significativo può essere proprio quello derivante dalla non realizzazione della misura o da un'applicazione inefficace della stessa. In questo senso, un puntuale sistema di monitoraggio, che assicuri l'effettività delle misure di trattamento, è parte integrante del Piano di prevenzione della corruzione.

Viene di seguito riportato un esempio di programmazione del trattamento del rischio di corruzione estratti dal PTPC di Roma Capitale 2018/20.

#### Esempio trattamento Rischi di corruzione – Misura Rotazione – Roma Capitale 2018/20

FASE	AZIONI	TEMPISTICA
<b>Pianificazione</b>	Elaborazione del <u>Documento di definizione del contesto di struttura</u> , con l'illustrazione dei seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- dimensione</li> <li>- dotazione organica</li> <li>- modalità di funzionamento degli uffici</li> <li>- congruità e coerenza delle risorse umane assegnate</li> <li>- distribuzione del lavoro</li> <li>- misurazione dei risultati raggiunti nelle annualità precedenti, per effetto dell'applicazione della misura della rotazione e delle misure alternative e complementari</li> <li>- analisi delle criticità riscontrate (con particolare riferimento al manifestarsi di fatti corruttivi) e delle azioni correttive già poste in essere</li> <li>- fissazione dei nuovi obiettivi</li> <li>- individuazione delle possibili alternative per il raggiungimento degli obiettivi fissati</li> <li>- valutazione delle misure alternative alla rotazione</li> </ul> Elaborazione del <u>Piano della rotazione di struttura</u> , consistente nella progettazione applicativa delle scelte fatte, con particolare riferimento alla mappa cronologica e funzionale delle rotazioni da attuare, con la ricognizione delle date di maturazione, rispetto a ciascun dipendente, dei presupposti temporali per la rotazione e con la tempestiva calendarizzazione dei percorsi di affiancamento preordinati alla rotazione stessa	Entro due mesi dall'approvazione del PTPC
<b>Attuazione</b>	Realizzazione delle scelte operate attraverso l'attività di pianificazione. Messa in pratica	
<b>Verifica</b>	Misurazione dinamica dello scostamento tra i risultati ottenuti e gli obiettivi prefissati	PERMANENTE
<b>Riprogettazione</b>	Tenendo conto degli esiti della verifica, di eventuali episodi sentinella nonché di fatti corruttivi	

### Consigli operativi

La fase di trattamento del rischio, sulla base dei risultati e delle priorità emerse dalla precedente macro fase di valutazione del rischio, prevede che vengano selezionate, e opportunamente implementate, una o più attività (misure) volte a modificare – mitigandolo – il rischio oggetto di trattamento.

In particolare, la fase oggetto di analisi prevede un processo ciclico di:

- selezione di una misura di trattamento;
- progettazione esecutiva della misura di trattamento
- implementazione della misura selezionata;
- valutazione dell'efficacia della misura implementata.

La prima fase, quella di selezione, è naturalmente una della più sensibili. In questo senso si consiglia di adottare un processo decisionale solido, che aiuti gli attori organizzativi coinvolti ad assumere decisioni ponderate ed efficaci.



Tale processo decisionale può essere riassunto in 2 macro fasi:

- a. identificazione (possibilmente) di più misure potenzialmente atte a mitigare il rischio;
- b. selezione della migliore.

In particolare, nella prima fase (a.) si consiglia di strutturare adeguatamente il problema ribadendo i “fattori abilitanti” precedente identificati. Altro passaggio fondamentale, spesso dimenticato da molte amministrazioni, è quello di procedere con una puntuale ricognizione delle misure già esistenti, intendendo in questo caso qualunque fattore/elemento organizzativo che già incide sul rischio oggetto di trattamento (ad esempio, controlli, sistemi informativi, particolari *policies* di gestione delle risorse umane). Solo a questo punto, con un quadro di riferimento chiaro, è possibile formulare delle prime ipotesi su quali possono essere – potenzialmente- le misure più adatte.

Nella seconda fase (b.), dato il contesto di risorse scarse in cui ogni organizzazione si muove, è necessario procedere con la selezione della misura ritenuta più efficace, efficiente e sostenibile. In tal senso è opportuno adottare una analisi costi-benefici e una analisi di fattibilità che, in una logica comparativa, guidi l'organizzazione nella selezione della misura. Per quanto riguarda l'analisi costi benefici si consiglia di valutare sicuramente la capacità della misura di incidere efficacemente sui fattori abilitanti ma anche degli effetti indiretti in termini di miglioramento organizzativo. Al contrario, tra i costi, si consiglia di valutare sicuramente il costo iniziale di progettazione ma soprattutto i costi di gestione e manutenzione. Per quanto riguarda la fattibilità, invece, gli elementi classici di analisi sono relativi a: compatibilità rispetto al quadro normativo di riferimento; tempi di realizzazione; sostenibilità economica e organizzativa.

Infine, una volta selezionate le misure devono essere adeguatamente programmate con delle schede apposite. Tali schede di programmazione devono includere uno specifico set di informazioni quali:

- Le motivazioni alla base della selezione della misura, incluso gli obiettivi e i vantaggi identificati;
- Le fasi del processo di implementazione delle misure;
- I soggetti responsabili per ciascuna fase;
- Le risorse (umane e finanziarie) necessarie;
- Gli indicatori di monitoraggio e i valori attesi;
- I necessari collegamenti con i piani della performance.

### Monitoraggio e controllo

**Principi ISO31000.** *La Gestione del rischio:*

*j) «è dinamica», cioè è sensibile e risponde al cambiamento; qualsiasi modifica riguardante obiettivi, circostanze interne/esterne (riorganizzazioni, nuovi fornitori, modifiche normative) o cambiamenti nel contesto organizzativo possono richiedere modifiche del framework.*

*Monitoraggio e revisione devono riguardare: la tenuta del disegno originario e l'attualità degli obiettivi iniziali.*

Le fasi di monitoraggio e controllo dei risultati raggiunti nell'attuazione delle misure di prevenzione rappresentano un passaggio cruciale nello sviluppo del processo di gestione del rischio di corruzione, in quanto la programmazione delle azioni di miglioramento si basa necessariamente sulla verifica degli esiti, positivi o negativi, delle azioni già sviluppate.

Nella fase di monitoraggio vengono acquisiti i dati ed elaborata la relativa reportistica, corredata delle informazioni di supporto, necessarie ai fini dell'esercizio della più ampia fase di controllo che comprende anche l'analisi delle motivazioni delle eventuali divergenze rispetto agli obiettivi inizialmente fissati.

La responsabilità del monitoraggio compete al responsabile dell'attuazione della misura di prevenzione che direttamente, o attraverso la figura del referente eventualmente nominato, comunica le risultanze al responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza affinché ne prenda atto e possa valutare la coerenza delle azioni programmate con il grado di attuazione delle azioni di prevenzione.

Le misure debbono essere valutate, innanzitutto, sulla base della rilevazione del livello di efficacia raggiunta, nonché in termini di efficienza, in ragione delle risorse utilizzate per la loro implementazione.

A tal fine, quindi, devono essere formulati indicatori di output specifici che esprimano lo stato di avanzamento delle iniziative adottate, in termini di percentuale, qualora sia stata programmata una realizzazione progressiva o, diversamente, in termini assoluti.

A seconda dell'entità della misura e della disponibilità delle informazioni, viene disposta la frequenza del monitoraggio, di solito semestrale o annuale, in coerenza con il ciclo di programmazione dell'organizzazione.

Viene di seguito riportato un esempio di scheda di monitoraggio del trattamento del rischio di corruzione estratto dal PTPC dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma per il triennio 2018/20.

### Esempio monitoraggio misure di prevenzione – Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma 2018/2020

MONITORAGGIO ATTUAZIONE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE - PTPCT 2018 - 2020

ALLEGATO N. 3 PTPCT

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA SANT'ANDREA ROMA	AREA DI RISCHIO				
	UOC				
	UOS				
PROCESSO				RESPONSABILE	
RISCHI INDIVIDUATI (sintetica descrizione del/i rischio/i individuato/i in sede di mappatura)	CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO (nel caso in cui le singole fasi del processo comportino rischi di classe diversa, prendere a riferimento la classe più elevata)			VERIFICHE SUL RISPETTO TEMPISTICA PROCEDIMENTI eseguite (SI/NO)	
	ALTO	MEDIO	BASSO	SI	NO
	CADENZA DEL MONITORAGGIO			PERIODO DI RIFERIMENTO	
	QUADRIMESTRALE	SEMESTRALE	ANNUALE	DAL	AL
ULTERIORI VERIFICHE CONDOTTE					
ESITO MONITORAGGIO					
NOTE					

DATA

FIRMA

---

## Parte IV

### Sezione specifica: gli OPI

---



## Le fonti informative

Coerentemente con l'impostazione adottata da ANAC nella stesura dei PNA 2016 e 2017, si è deciso di completare il documento in oggetto con una sezione specifica dedicata agli Ordini.

Nel proseguo del capitolo verranno presentati degli strumenti utili per l'implementazione del processo di gestione del rischio all'interno di ogni singola organizzazione.

Le fonti informative utilizzate a tale scopo sono di tre ordini, il primo è naturalmente il PNA, soprattutto nella sua sezione specifica dedicata agli "Ordine professionali" (PNA 2016, Sezione III, pag. 40) dove sono rinvenibili delle indicazioni relative a quelle che sono considerate le aree di rischio tipiche (correlate da eventi rischiosi e misure standard) per questa tipologia di organizzazioni.

In secondo luogo, è stato considerato il lavoro prodotto da FNOPI nella stesura del proprio PTPC. Infine, l'ultima fonte informativa deriva dai Focus-group organizzati da FNOPI con la rappresentanza di alcuni Ordini delle Professioni infermieristiche.

Opportunamente integrate, queste fonti informative hanno permesso la compilazione di alcuni cataloghi standard (*prompt-list*) relative a:

- a. eventi rischiosi ricorrenti e trasversali;
- b. fattori abilitanti standard;
- c. misure di trattamento del rischio.

## Le Prompt-list

### Gli eventi rischiosi ricorrenti e trasversali

A seguire, la *prompt-list* (catalogo standard) degli eventi rischiosi identificati durante la stesura del PTPC della FNOPI nonché nei focus-groups organizzati con gli Ordini.

Naturalmente, tale catalogo standard si può considerare come una lista NON esaustiva degli eventi rischiosi propri dei processi produttivi tipici degli Ordini. Ciò significa che durante l'effettiva redazione dei singoli PTPC di ciascun ordine potrebbero emergere nuove o diverse tipologie di particolari eventi rischiosi.

**Tabella 1 - Eventi rischiosi tipici FNOPI – Ordini**

<b>Codice</b>	<b>Denominazione Evento rischioso</b>
IP01	Alterazione dell'istruttoria volta a favorire e/o sfavorire candidati particolari
IP02	Alterazione dello scrutinio volta a favorire e/o sfavorire candidati particolari
IP03	Alterazione volontaria delle graduatorie atte a favorire e/o sfavorire candidati particolari
IP04	Volontaria alterazione del processo di elargizione dei contributi atte a favorire e/o sfavorire Collegi particolari
IP05	Attivazione non giustificata del contenzioso
IP06	Alterazione volontaria del processo di selezione di consulenti
IP07	Alterazione volontaria dell'Albo atte a favorire uno o più soggetti particolari
IP08	Alterazioni volontarie nella gestione del protocollo volte a favorire e/o sfavorire soggetti particolari
IP09	Alterazione e/o manipolazione delle valutazioni atte a favorire uno o più soggetti particolari
IP10	Utilizzo improprio degli strumenti di lavoro
IP11	Alterazione dell'orario di lavoro
IP12	Alterazione dei rimborsi per spese di missioni
IP13	Manipolazioni nella gestione dei corsi finalizzate a favorire soggetti particolari
IP14	Volontaria alterazione delle procedure di approvvigionamento (inferiori a 40.000) finalizzata a favorire e/o sfavorire un soggetto particolare
IP15	Volontaria alterazione nella programmazione finalizzata all'approvvigionamento superiori a 40.000) finalizzata a favorire e/o sfavorire un soggetto particolare
IP16	Volontaria alterazione delle procedure di approvvigionamento superiori a 40.000) finalizzata a favorire e/o sfavorire un soggetto particolare
IP17	Volontaria alterazione nel controllo e nel collaudo relativo a forniture (superiori a 40.000) al fine di favorire e/o sfavorire soggetti particolari
IP18	Volontaria alterazione della procedura di riscossione delle quote associative per favorire soggetti particolari

**Tabella 2 - Eventi rischiosi tipici Ordini**

<b>Codice</b>	<b>Denominazione Evento rischioso</b>
IP19	Alterazione volontaria dei sistemi di verifica per favorire un soggetto particolare
IP20	Alterazione volontaria del processo di trasferimento atto a favorire/sfavorire un soggetto particolare
IP21	Alterazione volontaria del processo di trasferimento per fini elettorali
IP22	Alterazione volontaria del processo di cancellazione atto a favorire/sfavorire un soggetto particolare
IP23	Alterazione volontaria del processo di vigilanza atto a rendere possibile l'esercizio della professione da parte di un soggetto non abilitato
IP24	Alterazione volontaria del processo di vigilanza atto a favorire comportamenti non appropriati da parte di soggetti particolari;
IP25	Alterazione volontaria dell'esercizio del potere disciplinare atto a favorire/sfavorire un soggetto particolare
IP26	Favoreggiamento di un soggetto particolare nella partecipazione alle commissioni di valutazione
IP27	Alterazione volontaria del programma formativo atto a favorire stakeholders (providers/docenti/associazioni) particolari
IP28	Alterazione volontaria del processo di selezione dei docenti/providers atto a favorire soggetti particolari

### **I fattori abilitanti standard**

A seguire, la prompt-list (catalogo standard) dei fattori abilitanti identificati durante la stesura del PTPC della FNOPI nonché nei focus-groups organizzati con gli Ordini. Come anticipato nel precedente paragrafo, anche in questo caso il catalogo standard si deve considerare come una lista NON esaustiva di fattori abilitanti che può/deve essere integrata durante la fase di identificazione dei rischi propria di ciascun Ordine.

**Tabella 3 - Fattori abilitanti tipici FNOPI - Ordini**

<b>Codice</b>	<b>Denominazione Fattori abilitanti</b>
FA01	Affidamento di tutta la procedura al medesimo soggetto (monopolio decisionale)
FA02	Assenza di controlli sulle comunicazioni
FA03	Assenza di programmazione
FA04	Assenza di requisiti specifici per la valutazione (delle istanze, delle candidature, etc)
FA05	Assenza di rotazione
FA06	Assenza di strumenti di cifratura delle chiavi di accesso
FA07	Assenza di una procedura di controllo degli accessi
FA08	Assenza/non efficacia dei controlli
FA09	Competenze tecniche accentrate (monopolio delle competenze)
FA10	Eccessiva discrezionalità
FA11	Mancanza di conoscenza del processo
FA12	Mancanza di definizione delle responsabilità
FA13	Mancanza di procedimentalizzazione
FA14	Mancanza di regole
FA15	Mancanza monitoraggio dei risultati
FA16	Mancanza trasparenza
FA17	Monopolio del potere decisionale
FA18	Monopolio delle competenze
FA19	Monopolio delle informazioni
FA20	Possibile intromissione nelle operazioni elettorali per il ruolo esercitato
FA21	Prassi
FA22	Presenza di soggetti estranei nella fase conclusiva della redazione dei verbali
FA23	Procedure informali
FA24	Scarsa conoscenza del codice deontologico
FA25	Scarsa conoscenza dell'ambito disciplinare
FA26	Scarso utilizzo strumenti a supporto
FA27	Sistema informativo fallace
FA28	Situazione organizzative disagiate o non strutturate
FA29	Situazioni territoriali che facilitano la contiguità

### Le misure di trattamento

Per una ampia panoramica delle misure di carattere generale correttamente sviluppate e programmate si rimanda al PTPC della FNOPI (allegato 2.). In particolare, la Federazione Nazionale ha sviluppato misure relative a:

- aggiornamento della sezione Trasparenza e obblighi di pubblicazione;
- mappatura dei processi organizzativi;
- informatizzazione;
- sviluppo di politiche per la valorizzazione del personale;
- formazione generalista e specialistica;
- revisione e integrazione del codice di comportamento;
- implementazione del sistema di tutela del whistleblower;
- regolazione del conflitto di interessi;
- regolamentazione delle procedure di gestione delle forniture.

Per quanto attiene le misure specifiche degli Ordini, di seguito si riportano alcuni esempi sviluppati nel corso dei focus-group e basati sulla precedente fase di identificazione del rischio, in particolare:

- controllo adempimenti relativi all'iscrizione all'Ordine;
- chiarimento e attuazione del regolamento di procedimento disciplinare;
- informatizzazione;
- sviluppo di politiche per la valorizzazione del personale.

MISURA SPECIFICA DI CONTROLLO DEI DEPENDIMENTI DESCRIZIONE ALL'ORDINE				
Fasi	Tempi	Output	Responsabile	Indicatore
definizione fonti informative	entro 2 mesi della approvazione del PTPC	nota scritta	Segretario Amministrativo	si/no
formalizzazione reportistica (tempi, contenuti, soggetti)	entro 1 mese dalla fase precedente	report	Segretario (consiglio direttivo)	si/no
esecuzione controllo	quadrimestrale	report di controllo	Responsabile definito dal consiglio direttivo	si/no
trasmissione dei dati	entro 2 settimane dalla esecuzione controllo	report	Responsabile definito dal consiglio direttivo	si/no
definizione target di miglioramento	entro 31/12	piano di miglioramento	Il consiglio direttivo	si/no

MISURA SPECIFICA DI ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE DEL CODICE DISCIPLINARE				
Fasi	Tempi	Output	Responsabile	Indicatore
Acquisizione linee guida "semplificazione regolamento per il procedimento disciplinare" dal parte della Federazione	da definirsi in fase di redazione del PTPC	Recepimento	Consiglio direttivo	?
Pubblicazione	da definirsi in fase di redazione del PTPC	Pubblicazione su intranet	Responsabile sito web	?
Comunicazione interna	da definirsi in fase di redazione del PTPC	Circolare interna/Formazione	Consiglio direttivo	?
Monitoraggio	da definirsi in fase di redazione del PTPC	Report	Consiglio direttivo	?

MISURA SPECIFICA 2.1.1 RILEVAZIONE DEL FABBISOGNO FORMATIVO				
Fasi	Tempi	Output	Responsabile	Indicatore
Acquisizione delle linee guida centralizzate sui temi formazione (eventuale)	lug-19	Linee Guida	Responsabile Ordine Formazione	?
Acquisizione delle istanze locali	set-19	Report		?
Redazione report fabbisogno formativo	set-19			?
Predisposizione del piano formativo	ott-19	Piano di formazione		?
Publicazione	entro 22 settimane dalla approvazione bilancio	Publicazione	Responsabile gestionale sito/Responsabile Ordine Formazione	?
Comunicazione all'Assemblea degli iscritti	Entro 31 gennaio	Comunicazione	Presidente/Consiglio direttivo	?
Monitoraggio	gen-21	Report di monitoraggio	Responsabile Ordine Formazione	?

MISURA SPECIFICA 2.1.2 REGOLAMENTAZIONE INCARICHI DI CONSULENZA/PRESTAZIONI OCCASIONALI				
Fasi	Tempi	Output	Responsabile	Indicatore
Costituzione di un team di lavoro per rilevazione criticità	da definire in fase di redazione del PTPC	Circolare interna/ordine di servizio	Consiglio direttivo	si/no
Analisi della regolamentazione interna ed esterna	da definire in fase di redazione del PTPC	Nota scritta	Team	si/no
Predisposizione/creazione della procedura	da definire in fase di redazione del PTPC	Bozza nuovo regolamento	Team	si/no
Approvazione da parte degli organi direttivi	da definire in fase di redazione del PTPC	Nuovo regolamento	Consiglio direttivo	si/no
Publicazione	da definire in fase di redazione del PTPC	Publicazione	Responsabile gestione sito	si/no
Monitoraggio	da definire in fase di redazione del PTPC	Report di monitoraggio	Team	?



---

## Allegati

---



## Indice tipo per la redazione del PTPCT

1. Premessa
  
2. Il contesto di riferimento
  - a. Il quadro normativo
  
3. Il sistema di gestione del rischio
  - a. metodologia utilizzata
  - b. il modello organizzativo
  - c. i ruoli e le responsabilità dei soggetti coinvolti
  
4. L'analisi del contesto di riferimento
  - a. analisi del contesto interno
  - b. analisi del contesto esterno
  
5. Il processo di gestione del rischio corruzione
  - a. la mappatura dei processi
  - b. identificazione dei rischi corruzione
  - c. l'analisi (misurazione/pesatura) – la metodologia adottata
  - d. la ponderazione – definizione delle priorità di intervento
  
6. Il trattamento dei rischi corruzione
  - a. le misure generali
  - b. le misure specifiche – dettaglio delle misure adottate
  
7. Trasparenza e obblighi di pubblicità