



Via Giulio Cesare 78
00192 ROMA

PA 01

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA PER IL PERIODO 2021 - 2023

INDICE

1.	MATRICE DELLE REVISIONI.....	3
2.	OBIETTIVO.....	5
3.	APPLICABILITÀ.....	5
4.	RESPONSABILITÀ	6
5.	SOGGETTI COINVOLTI.....	8
6.	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	9
7.	TERMINI E DEFINIZIONI	10
8.	PREMESSA.....	12
9.	COMPRENDERE L'ORGANIZZAZIONE ED IL SUO CONTESTO.....	12
10.	GLI STAKEHOLDER.....	13
11.	LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE	14
11.1	ANALISI SWOT.....	15
11.2	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	16
11.3	TRATTAMENTO DEL RISCHIO	18
12.	SCHEDE SINOTTICHE, CATALOGO DEI RISCHI, MISURE DI CONTENIMENTO ED INTERNAL AUDIT.....	19
13.	POLITICA ANTICORRUZIONE DELL'OPI ROMA.....	19
14.	CERTIFICAZIONE SECONDO LA NORMA UNI EN ISO 37001	20
15.	FORMAZIONE DEL PERSONALE	20
16.	CODICE DI COMPORTAMENTO	20
17.	OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE (TRASPARENZA)	21
18.	ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO	21
19.	WHISTLEBLOWING	24
20.	DUE DILIGENCE.....	25



21.	VERIFICHE ANTI CORRUZIONE	25
22.	INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ	26
23.	ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI	26
24.	ROTAZIONE STRAORDINARIA DEGLI INCARICHI	27
25.	ROTAZIONE DEL PERSONALE	28
26.	CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO	28
27.	FMECA	29
28.	RIESAME DELLA DIREZIONE	29
29.	MODALITA' DI VERIFICA ED INDICATORI	29
30.	APPROVAZIONE E REVISIONE	30
31.	ALLEGATI	30



1. MATRICE DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
24.03.21	0	Revisione triennale ed adeguamento del Piano alla nuova realtà organizzativa definita dalla legge 3 del 2018 “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”. Adeguamento del Piano ai requisiti della norma UNI EN ISO 37001:2016	Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPPCT) Giuseppe Amici	Vice Presidente Carlo Turci Segretario Natascia Mazzitelli Tesoriere Francesco Scerbo Consiglieri Lorella Calafato Giuseppe Esposito Emanuele Lisanti Claudia Lorenzetti Maria Grazia Montalbano Barbara Porcelli Silvia Sferrazza Alessandro Sili Fabio Tettoni Marco Tosini	Presidente Maurizio Zega
17.05.21	1	Modificati i componenti del Gruppo di Lavoro Multidisciplinare Anticorruzione. Revisionati gli obblighi di pubblicazione. Integrata la tabella degli obblighi di pubblicazione con le responsabilità di raccolta dei dati, pubblicazione dei dati e verifica della pubblicazione di dati Inserito il riferimento all’astensione in corso di conflitto di interessi.	Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPPCT) Giuseppe Amici	GLMA Vice Presidente Dott. Carlo Turci Segretario Dott.ssa Natascia Mazzitelli Tesoriere Dott. Francesco Scerbo Consiglieri Dott.ssa Maria Grazia Montalbano Dott. Alessandro Sili Esperto legale Avv. Francesca Nappi Amministrazione Dott.ssa Cristiana Coluzzi	Presidente Dott. Maurizio Zega



		<p>Inserito il riferimento sulla rotazione straordinaria degli incarichi e il riferimento sulla rotazione del personale.</p> <p>Prevista la due diligence per i soggetti che valutano i progetti di ricerca da finanziare</p> <p>Integrate e revisionate le aree di valutazione del rischio in conformità alle indicazioni di ANAC</p> <p>Inseriti 9 Allegati.</p>			
--	--	--	--	--	--



2. OBIETTIVO

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) costituisce il Documento programmatico e strategico che definisce le indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione, il mantenimento e il miglioramento continuo del “**Sistema di gestione del rischio corruttivo**” e per ottemperare agli Obblighi di Pubblicazione dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma.

Il PTPCT si pone l’obiettivo di:

1. *“favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l’imparzialità delle decisioni e dell’attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi”¹;*
2. determinare i flussi informativi necessari per garantire l’individuazione e l’elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati necessari a soddisfare il debito informativo con gli Stakeholder.

Il presente PTPCT è stato redatto ed è adottato ed applicato in conformità ai requisiti cogenti riportati nel capitolo 6 “*Riferimenti normativi*” e si compone di 8 allegati così titolati:

- Allegato 1 “Contesto interno”;
- Allegato 2 “Contesto esterno”;
- Allegato 3 “Mappa dei processi”;
- Allegato 4 “Schede sinottiche sul rischio”;
- Allegato 5 “Catalogo dei rischi e contenimento”;
- Allegato 6 “FMECA per CECRI”;
- allegato 7 “Obblighi di pubblicazione”;
- Allegato 8 “Attività da conseguire nel 2021”;
- Allegato 9 “Planning internal audit”.

3. APPLICABILITÀ

Il PTPCT, considerati:

- i fattori esterni ed interni così come definiti nei capitoli a seguire;
- le esigenze e le aspettative degli stakeholder così come riportate nei capitoli a seguire;
- i risultati della valutazione del rischio di corruzione così come riportati nei capitoli a seguire;
- gli obblighi di pubblicazione così come riportati nei capitoli a seguire

si applica al Sistema di Gestione per la prevenzione della corruzione e per gli obblighi di Trasparenza integrato con il Sistema di Gestione per la qualità con particolare riferimento alle seguenti funzioni:

1. agli Organi Direttivi che per l’OPI di Roma sono rappresentati:
 - dal Consiglio Direttivo, composto dal Presidente, dal vice Presidente, dal Segretario, dal Tesoriere e dai Consiglieri;
 - dalla Commissione d’Albo Infermieri, composta dal Presidente, dal vice Presidente, dal Segretario e dai Commissari;
 - dalla Commissione d’Albo Infermieri Pediatrici, composta dal Presidente, dal vice Presidente, dal Segretario e dai Commissari;
 - dal Collegio dei Revisori, composto dal Presidente (esterno), dai membri effettivi e da un Supplente.
 - Al Direttore Scientifico del CECRI;
 - Ai Direttori e componenti dei Poli ricompresi nel CECRI;
2. ai Dipendenti dell’OPI;
3. ai Consulenti ed ai Collaboratori dell’OPI.

Inoltre, si applica:

- ai Processi Organizzativi;
- alle Commissioni;
- agli Uffici;

¹ ANAC (2019). Allegato 1 Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi. Delibera del 13 novembre 2019, n. 1064.



- al Polo Istruzione;
- al Polo per la Ricerca;
- al Polo Management;
- al Polo Pratica clinica;
- ai Dati oggetto di obbligo di pubblicazione.

Il presente PTPCT affronta, altresì, i seguenti temi in termini di anticorruzione in relazione alle attività dell'OPI:

- corruzione da parte dell'Alta Direzione²;
- corruzione da parte degli Organi Direttivi³;
- corruzione da parte del personale dell'OPI che opera per conto dell'OPI o a beneficio di esso;
- corruzione da parte dei "soci in affari"⁴ dell'OPI che operano per conto dell'OPI o a beneficio di esso;
- corruzione del personale dell'OPI in relazione alle attività dell'OPI;
- corruzione diretta o indiretta (per esempio, una tangente offerta o accettata tramite o da una terza parte).

4. RESPONSABILITÀ

Il Presidente dell'OPI:

- *“definisce, in seno all'Organo Direttivo, gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico - gestionale e del PTPCT”⁵;*
- valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'Ordine, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- nomina il RPCT, individuandolo tra i membri dell'Organo Direttivo, *“disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività”⁶;*
- tiene conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e si opererà affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
- assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'Ordine, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale;
- considera gli esiti delle verifiche e del monitoraggio attuato per valutare l'efficacia quali dati di input al Riesame annuale delle attività dell'Organo Direttivo al fine di attivare il processo decisionale volto a sviluppare il Sistema di gestione del rischio corruttivo e garantire la soddisfazione degli obblighi di pubblicazione.

I membri degli Organi Direttivi:

- valorizzano la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi del proprio Organo Direttivo (Consiglio, Commissione, Collegio);

² UNI EN ISO 37001:2016 3.6 Persona o gruppo di persone che, al livello più elevato, dirigono e controllano un'organizzazione. Per l'OPI l'Alta Direzione è identificabile con il Presidente, il vice Presidente, il Segretario ed il Tesoriere.

³ UNI EN ISO 37001:2016 3.7 Gruppo o organo che detiene la responsabilità definitiva e l'autorità per le attività, l'amministrazione e le politiche dell'organizzazione a cui fa capo l'alta direzione e che controlla la responsabilità dell'alta direzione. Per l'OPI l'Organo Direttivo è identificabile con il Consiglio Direttivo, con le Commissioni d'Albo infermiere ed infermiere pediatrico e con il Collegio dei revisori.

⁴ UNI EN ISO 37001:2016 3.26 Parte esterna con cui l'organizzazione ha o progetta di stabilire una qualsivoglia forma di relazione commerciale. I soci in affari comprendono, a titolo non esaustivo, clienti, acquirenti, joint venture, partner in joint venture, partner in consorzio, fornitori esterni, appaltatori, consulenti, sub-appaltatori, fornitori, venditori, esperti, agenti, distributori, rappresentanti, intermediari e investitori. La presente definizione è appositamente ampia e dovrebbe essere interpretata in linea con il profilo di rischio e di corruzione dell'organizzazione da applicare ai soci in affari che possono ragionevolmente esporre l'OPI ai rischi di corruzione.

⁵ Presidenza della Repubblica (2012). Art. 1, co. 8, Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. Legge del 6 novembre 2012, n. 190.

⁶ ANAC (2019). Allegato 3 Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT). Delibera del 13 novembre 2019, n. 1064.



- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curano lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e supportano il Presidente dell'OPI nel promuovere la formazione in materia dei dipendenti dell'Ordine, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumono la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT sia per la prevenzione degli eventi corruttivi sia per la trasparenza dei dati e operano in maniera tale da supportare il Presidente dell'OPI a creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte loro e del personale (ad esempio, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi guida indicati nel PNA 2019 dell'ANAC e, in particolare, dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma);
- tengono conto, in sede di riesame delle attività, del loro reale contributo apportato unitamente a quello dei dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

Il RPCT:

- *“predisporre il PTPCT in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno)”⁷* e lo sottopone al Gruppo di Lavoro Multidisciplinare Anticorruzione (GLMA) ed all'Organo di Direzione per la necessaria approvazione;
- *“verifica l'efficace attuazione del PTPCT e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione”⁸*;
- *“verifica, d'intesa con il Presidente dell'OPI, l'effettiva rotazione degli incarichi nei processi maggiormente esposti ai reati di corruzione e definisce le procedure appropriate per selezionare e formare le figure destinate ad operare nelle aree a rischio di corruzione”⁹*;
- promuove i contenuti del PTPCT e le eventuali variazioni su segnalazione dei soggetti coinvolti;
- attua il sistema di monitoraggio del PTPCT;
- realizza, ricoprendo presso l'OPI di Roma anche l'incarico di Responsabile della Qualità, le attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio;
- svolge l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio;
- *“segnala agli Organi di Direzione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica”* al Presidente dell'OPI, competente all'esercizio dell'azione disciplinare *“i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza”¹⁰*;
- *“cura il rispetto delle disposizioni sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e segnala i casi di possibile violazione nella fattispecie all'ANAC”¹¹*;
- invia all'ANAC, con le modalità stabilite da quest'ultima, l'URL della pagina di Amministrazione Trasparente all'interno della quale è stato pubblicato il file con estensione xml dedicato ai contratti ed ai bandi di gara;
- *“redige la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nel PTPCT”¹²*;
- *“è responsabile della Trasparenza e svolge attività di controllo sull'adempimento da parte dell'OPI di Roma degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando al*

⁷ Presidenza della Repubblica (2012). Art. 1, co. 8, Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. Legge del 6 novembre 2012, n. 190.

⁸ Presidenza della Repubblica (2012). Art. 1, co. 10, Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. Legge del 6 novembre 2012, n. 190.

⁹ Presidenza della Repubblica (2012). Art. 1, co. 10, Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. Legge del 6 novembre 2012, n. 190.

¹⁰ Presidenza della Repubblica (2012). Art. 1, co. 7, Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. Legge del 6 novembre 2012, n. 190.

¹¹ Parlamento Italiano (2013). Art. 15, Disposizioni in materia di inconferibilità 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. (13G00081). Decreto Legislativo del 8 aprile 2013, n. 39.

¹² Presidenza della Repubblica (2012). Art. 1, co. 14, Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. Legge del 6 novembre 2012, n. 190.



- *Presidente dell'OPI i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione*¹³;
- *“si occupa dei casi di riesame dell'accesso civico con particolare riferimento ai casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro i termini stabiliti e decide con provvedimento motivato, entro il termine di 20 giorni”*¹⁴;
- *“cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione e la pubblicazione sul sito dell'OPI Roma dei risultati del monitoraggio”*¹⁵;
- partecipa al Riesame annuale delle attività dell'Organo di Direzione apportando il contributo di competenza inerentemente al Sistema di gestione del rischio corruttivo ed alla trasparenza.

Il Gruppo di lavoro multidisciplinare per l'anticorruzione:

- supporta il Presidente ed il RPCT nel processo di valutazione dei rischi e di definizione delle misure di contenimento del reato corruttivo.

Il Direttore Scientifico del CECRI, i Direttori ed i componenti dei Poli del CECRI:

- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio e, in particolare, alla attuazione delle misure di prevenzione programmate nel PTPCT;
- *“forniscono tempestivamente al RPCT le informazioni utili al mantenimento e sviluppo del Sistema di gestione del rischio corruttivo e del processo atto ad assicurare la pubblicazione dei dati finalizzati alla trasparenza”*¹⁶.

I Dipendenti:

- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio e, in particolare, alla attuazione delle misure di prevenzione programmate nel PTPCT;
- *“forniscono tempestivamente al RPCT le informazioni utili al mantenimento e sviluppo del Sistema di gestione del rischio corruttivo e del processo atto ad assicurare la pubblicazione dei dati finalizzati alla trasparenza”*¹⁷.

I Soci in affari:

- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- segnalano le situazioni di illecito.

Iscritti:

- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- segnalano le situazioni di illecito.

5. SOGGETTI COINVOLTI

Presidente OPI Roma

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Responsabile del Sistema Qualità

Componenti del Consiglio Direttivo

Componenti della Commissione d'Albo Infermieri

Componenti della Commissione d'albo Infermieri Pediatrici

Componenti del Collegio dei Revisori

Gruppo di lavoro multidisciplinare per l'anticorruzione

Direttore scientifico CECRI

Coordinatore scientifico CECRI

Direttore e componenti Polo Istruzione (CECRI)

Direttore e componenti Polo Ricerca (CECRI)

Direttore e componenti Polo Management (CECRI)

¹³ Parlamento italiano (2013). Art. 43, Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

¹⁴ Parlamento italiano (2013). Art. 5, co. 7, Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

¹⁵ Presidenza della Repubblica (2013). Art. 15, co. 3, Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. DPR del 16 aprile 2013, n. 62.

¹⁶ Presidenza della Repubblica (2013). Art. 8, Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. DPR del 16 aprile 2013, n. 62.

¹⁷ Presidenza della Repubblica (2013). Art. 8, Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. DPR del 16 aprile 2013, n. 62.



Direttore e componenti Polo Pratica Clinica (CECRI)
Dipendenti
Iscritti
Soci in affari¹⁸

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto Legislativo del capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233 “Ricostituzione degli Ordini delle Professioni sanitarie e per la disciplina dell’esercizio delle professioni stesse”.
- Decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221 “Approvazione del regolamento per la esecuzione del DLCPs 13 settembre 1946, n. 233 sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell’esercizio delle professioni stesse”.
- Legge 29 ottobre 1954, n. 1049 “Istituzione dei Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d’infanzia”.
- Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”.
- Decreto Ministeriale 17 gennaio 1997, n. 69 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e relativo profilo professionale dell’assistente sanitario”.
- Decreto ministeriale 17 gennaio 1997, n. 70 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e relativo profilo professionale dell’infermiere pediatrico”.
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”.
- Decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509 “Regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei”.
- Legge 10 agosto 2000, n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”.
- Decreto Legislativo del 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”.
- Legge 1 febbraio 2006, n. 43 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali”.
- Legge 6 novembre 2012 n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.
- Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.
- Decreto Legislativo del 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”. (13G00081).
- D.P.R. del 16 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.
- Decreto Legislativo del 18 aprile 2016, n. 50 “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull’aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d’appalto degli enti erogatori nei settori dell’acqua, dell’energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”. (16G00062).
- UNI EN ISO 9001:2015 “Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti”.
- Decreto Legislativo del 25 maggio 2016, n. 97 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni

¹⁸ UNI EN ISO 37001:2016 3.26 Parte esterna con cui l’organizzazione ha o progetta di stabilire una qualsivoglia forma di relazione commerciale. I soci in affari comprendono, a titolo non esaustivo, clienti, acquirenti, joint venture, partner in joint venture, partner in consorzio, fornitori esterni, appaltatori, consulenti, sub-appaltatori, fornitori, venditori, esperti, agenti, distributori, rappresentanti, intermediari e investitori. La presente definizione è appositamente ampia e dovrebbe essere interpretata in linea con il profilo di rischio e di corruzione dell’organizzazione da applicare ai soci in affari che possono ragionevolmente esporre l’OPI ai rischi di corruzione.



- pubbliche*".
- UNI EN ISO 37001:2016 “Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione - Requisiti e guida all'utilizzo”.
 - Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 PNA 2016.
 - UNI EN ISO 31000:2018 “Gestione del rischio - Linee guida”.
 - Legge 3 del 2018 “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”.
 - Piano Nazionale Anticorruzione 2019. Delibera ANAC n. 1064.
 - Piano Triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza 2018 - 2020 OPI di Roma.
 - Manuale della Qualità OPI di Roma.
 - Codice Deontologico delle professioni infermieristiche 2019.

7. TERMINI E DEFINIZIONI

Alta Direzione: Persona o gruppo di persone che, al livello più elevato, dirigono e controllano un'organizzazione. Per l'OPI l'Alta Direzione è identificabile con il Presidente, il vice Presidente, il Segretario ed il Tesoriere¹⁹

ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione

Assemblea degli Iscritti: E' costituita da tutti gli iscritti agli Albi tenuti dall'Ordine. Elege ogni quattro anni i componenti del Consiglio Direttivo, delle Commissioni d'Albo e del Collegio dei Revisori. Si riunisce una volta l'anno per l'approvazione del conto consuntivo e del bilancio preventivo presentati dal Consiglio Direttivo.

Attività: la più piccola parte del lavoro identificata in un progetto²⁰

Audit: Processo sistematico indipendente e documentato per ottenere evidenze dell'audit e valutarle oggettivamente al fine di determinare in quale misura i criteri dell'audit siano stati soddisfatti²¹

Azione Correttiva: azione tesa a eliminare la causa di una non conformità e a impedirne la ricorrenza²²

CECRI: Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

Cfr: confronto

Cliente: Persona od organizzazione che potrebbe ricevere, o che riceve, un prodotto o un servizio che è previsto per, o richiesto da, questa persona od organizzazione. Un cliente può essere interno od esterno all'organizzazione²³

Conflitto di interessi: situazioni in cui gli interessi commerciali, economici, familiari, politici e personali potrebbero interferire con il giudizio degli individui nello svolgimento delle loro funzioni per l'organizzazione²⁴

Contesto dell'organizzazione: Combinazione di fattori interni ed esterni che possono avere un'influenza sull'approccio di un'organizzazione per sviluppare e conseguire i suoi obiettivi²⁵

Conformità: soddisfacimento di un requisito²⁶

Corruzione: offrire, promettere, fornire, accettare o richiedere un vantaggio indebito di qualsivoglia valore (che può essere economico o non economico), direttamente o indirettamente, e indipendentemente dal luogo, violando la legge vigente, come incentivo o ricompensa per una persona ad agire o a omettere azioni in relazione alla prestazione delle mansioni di quella persona²⁷

DLCPS: Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato

Documento: informazioni e il mezzo in cui sono contenute²⁸

DPR: Decreto Presidente della Repubblica

¹⁹ UNI EN ISO 37001:2016 3.6 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

²⁰ UNI EN ISO 9000:2015 Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario

²¹ UNI EN ISO 37001:2016 3.20 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

²² UNI EN ISO 37001:2016 3.23 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

²³ UNI EN ISO 9000:2015 Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario.

²⁴ UNI EN ISO 37001:2016 3.29 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

²⁵ UNI EN ISO 9000:2015 Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario.

²⁶ UNI EN ISO 37001:2016 3.21 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

²⁷ UNI EN ISO 37001:2016 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

²⁸ UNI EN ISO 9000:2015 Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario



Due diligence: processo per valutare ulteriormente la natura e l'entità del rischio di corruzione e aiutare le organizzazioni ad assumere decisioni in relazione a transazioni, progetti, attività, soci in affair e personale specifici²⁹

EN: Norma Europea elaborata dal CEN (Comité Européen de Normalisation)

Esternalizzare (affidare all'esterno): stipulare un accord nel quale un'organizzazione esterna esegue parte di una funzione o di un processo dell'organizzazione³⁰

FNOPI: Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche

Fornitore: organizzazione che fornisce un prodotto servizio³¹

IAF: International Accreditation Forum

IPASVI: Infermieri Professionali Assistenti sanitari e Vigilatrici Infanzia

ISO: Organizzazione Internazionale per la Standardizzazione

MePA: Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione

Miglioramento continuo: attività ricorrente di miglioramento della prestazione³²

Misurazione: processo per determinare un valore³³

Monitoraggio: determinazione dello stato di un Sistema, di un processo o di un'attività³⁴

Non conformità: mancato soddisfacimento di un requisito³⁵

Obiettivo: Risultato da conseguire³⁶

Organo Direttivo: Gruppo o organo che detiene la responsabilità definitiva e l'autorità per le attività, l'amministrazione e le politiche dell'organizzazione a cui fa capo l'alta direzione e che controlla la responsabilità dell'alta direzione. Per l'OPI l'Organo Direttivo è identificabile con il Consiglio Direttivo, con le Commissioni d'Albo infermiere ed infermiere pediatrico e con il Collegio dei revisori³⁷

PA: Pubblica amministrazione

OPI: Ordine delle Professioni Infermieristiche. Gruppo di persone avente funzioni proprie con responsabilità, autorità e relazioni per conseguire i propri obiettivi.

Parte terza: persona o ente indipendente dall'organizzazione³⁸

Personale: dirigenti, funzionari, dipendenti, staff o lavoratori temporanei e volontari dell'organizzazione³⁹

PNA: Piano Nazionale Anticorruzione

Politica: orientamenti ed indirizzi di un'organizzazione espresso in modo formale dalla sua Alta Direzione⁴⁰

Prestazioni: Risultati misurabili⁴¹

Procedura: Modo specificato per svolgere un'attività o un processo⁴²

Processo: insieme di attività correlate o interagenti che trasformano input in output⁴³

PTPCT: Piano Triennale Di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Pubblico Ufficiale: persona che ricopre incarichi legislative, amministrativi o giudiziari, indipendentemente che derivino da nomina, elezione o successione, o qualsiasi persona che eserciti una funzione pubblica, incluse quelle per un'agenzia pubblica o un'impresa pubblica, oppure qualsiasi funzionario o agente di un'organizzazione pubblica, nazionale o internazionale, o qualsiasi candidato per un incarico pubblico⁴⁴

Requisito: esigenza che è esplicita e obbligatoria⁴⁵

²⁹ UNI EN ISO 37001:2016 3.30 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

³⁰ UNI EN ISO 37001:2016 3.17 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

³¹ UNI EN ISO 9000:2015 Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario

³² UNI EN ISO 37001:2016 3.24 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

³³ UNI EN ISO 37001:2016 3.19 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

³⁴ UNI EN ISO 37001:2016 3.18 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

³⁵ UNI EN ISO 37001:2016 3.22 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

³⁶ UNI EN ISO 37001:2016 3.11 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

³⁷ UNI EN ISO 37001:2016 3.7 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

³⁸ UNI EN ISO 37001:2016 3.28 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

³⁹ UNI EN ISO 37001:2016 3.25 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

⁴⁰ UNI EN ISO 9000:2015 Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario

⁴¹ UNI EN ISO 37001:2016 3.16 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

⁴² UNI EN ISO 9000:2015 Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario

⁴³ UNI EN ISO 37001:2016 3.15 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

⁴⁴ UNI EN ISO 37001:2016 3.27 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

⁴⁵ UNI EN ISO 37001:2016 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo



Riesame: determinazione dell'idoneità, adeguatezza o efficacia di un oggetto per conseguire obiettivi stabili⁴⁶

Rischio: effetto dell'incertezza sugli obiettivi⁴⁷

RPCT: Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Sistema di gestione: insieme di elementi correlate o interagenti di un'organizzazione finalizzato a stabilire politiche, obiettivi e processi per conseguire tali obiettivi⁴⁸

Socio in affari: Parte esterna con cui l'organizzazione ha o progetta di stabilire una qualsivoglia forma di relazione commerciale. I soci in affari comprendono, a titolo non esaustivo, clienti, acquirenti, joint venture, partner in joint venture, partner in consorzio, fornitori esterni, appaltatori, consulenti, sub-appaltatori, fornitori, venditori, esperti, agenti, distributori, rappresentanti, intermediari e investitori. La presente definizione è appositamente ampia e dovrebbe essere interpretata in linea con il profilo di rischio e di corruzione dell'organizzazione da applicare ai soci in affari che possono ragionevolmente esporre l'OPI ai rischi di corruzione

Stakeholder (Parte interessata): Persona od organizzazione che può influenzare, essere influenzata, o percepire se stessa come influenzata, da una decisione o attività⁴⁹

UNI: Ente Nazionale Italiano di Unificazione

8. PREMESSA

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPCT) è stato elaborato in conformità alle disposizioni della Legge 190 del 2012 e si prefigge lo scopo di definire le misure atte prevenire i reati corruttivi all'interno dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma. La legge di cui sopra è stata integrata con il passare del tempo da altri dettati normativi quali per esempio:

- il Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi (DLgs n. 235/2012, in attuazione dell'art. 63 della L. 190/2012);
- gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A. (DLgs n. 3/2013, in attuazione dell'art. 1 della L. 190/2012);
- le Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi (DLgs n. 39/2013, in attuazione dell'art. 1 della L. 190/2012).

Oltre alle sopra richiamate disposizioni di legge hanno sancito l'obbligo da parte degli Ordini delle Professioni di formalizzare il PTPCT la Presidenza del Consiglio dei Ministri con propria Circolare⁵⁰ e ANAC, che hanno definitivamente affermato l'applicabilità agli Ordini professionali delle disposizioni di prevenzione della corruzione di cui alla legge 190 del 2012, chiarendo che i *“suddetti enti, pertanto, dovranno predisporre il Piano triennale di prevenzione della corruzione, il Piano triennale della Trasparenza e il Codice di comportamento del dipendente pubblico, nominare il Responsabile della prevenzione della corruzione, adempiere agli obblighi di trasparenza di cui al d.lgs. n. 33/2013 e, infine, attenersi ai divieti in tema di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al d.lgs. n. 39/2013”*⁵¹. Alla luce di quanto espresso sopra l'OPI di Roma Ordini assume, quale principio etico fondamentale della propria ragione di esistere, la promozione della cultura della legalità e si fa garante della dignità e del decoro della Professione infermieristica nei confronti dei propri iscritti. L'impegno è orientato, pertanto, ad impedire ogni possibile contiguità con l'illegalità, la corruzione e l'omertà promuovendo l'immagine dell'Infermiere quale e dei suoi Rappresentanti quali garanti del diritto e della legalità.

9. COMPRENDERE L'ORGANIZZAZIONE ED IL SUO CONTESTO

L'ordinamento italiano affida il compito di garantire il corretto esercizio delle professioni intellettuali agli

⁴⁶ UNI EN ISO 9000:2015 Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario

⁴⁷ UNI EN ISO 37001:2016 3.12 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

⁴⁸ UNI EN ISO 37001:2016 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione. Requisiti e guida all'utilizzo

⁴⁹ UNI EN ISO 9000:2015 Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario.

⁵⁰ Circolare esplicativa della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della funzione pubblica 25 gennaio 2013 n. 1

⁵¹ Delibera ANAC del 21 ottobre 2014, n. 145



Ordini Professionali. Essi sono in primo luogo organismi a carattere associativo, istituiti per legge e dotati di personalità giuridica pubblica, costituiti da coloro che, in possesso dei titoli di abilitazione richiesti, svolgono una stessa attività lavorativa di natura intellettuale. In seconda istanza rappresentano l'ente/istituzione di diritto pubblico, dotato di ampia autonomia, al quale lo Stato demanda il perseguimento di finalità di pubblico interesse. L'ambito territoriale di competenza degli Ordini è di norma la provincia; la Federazione Nazionale coordina gli Ordini provinciali ed è l'organismo che ha la rappresentanza nazionale degli infermieri italiani.

Sono organi degli Ordini delle professioni sanitarie:

- a) il Presidente;
- b) il Consiglio Direttivo;
- c) la Commissione di Albo;
- d) il Collegio dei revisori

L'OPI di Roma, ha individuato e tenuto in considerazione i fattori interni ed esterni rilevanti per le proprie finalità e che influenzano la capacità di raggiungere gli obiettivi del proprio Sistema di Gestione al cui interno è ricompresa la gestione della prevenzione degli atti corruttivi e gli obblighi di pubblicazione nonché gli obblighi derivanti dalle norme di leggi che ne regolamentano la ragione di esistere (mission) e ne perimetrano il campo di responsabilità.

Tali fattori comprendono:

- a) le dimensioni, la struttura e l'autorità decisionale delegata dell'Ordine;
- b) i luoghi e i settori in cui l'Ordine opera o prevede di operare;
- c) la natura, l'entità e la complessità delle attività e delle operazioni dell'Ordine;
- d) il modello di gestione dell'Ordine;
- e) i soggetti su cui l'Ordine esercita il controllo e gli enti che esercitano il controllo sull'Ordine;
- f) i soci in affari dell'Ordine;
- g) la natura e l'entità delle interazioni con i pubblici ufficiali;
- h) gli obblighi e gli adempimenti di legge, normativi, contrattuali e professionali applicabili.

Per meglio comprendere l'organizzazione e il suo contesto questo Piano ha previsto la valutazione del contesto esterno ed interno. Gli esiti delle valutazioni sono riportate in specifici Allegati a questo stesso Piano. In particolar modo:

- la valutazione del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'OPI di Roma opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno e quali siano gli obblighi di pubblicazione, compresa la loro derivazione, finalizzati a soddisfare il debito informativo degli stakeholder.
- mentre la valutazione del contesto interno ha, invece, come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche interne dell'OPI di Roma possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno ed individuare punti di forza e di debolezza che possano favorire o sfavorire l'obbligo di pubblicazione. Con riferimento a questo specifico contesto, l'OPI di Roma ha considerato, tra gli altri aspetti, l'esistenza ed attuazione al suo interno di un Sistema di gestione del rischio corruttivo in conformità con la norma UNI EN ISO 37001:2016 (relativamente ai reati presupposto di natura "corruttiva") che si integra nel Sistema di Gestione per la Qualità conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015.

10. GLI STAKEHOLDER

I portatori di interesse (stakeholder) dell'OPI di Roma sono:

- Ministero della Salute;
- Ministero degli Interni;
- Ministero di Giustizia;
- Ministero Istruzione;
- Federazione internazionale (International Council of Nurses);
- Federazione Nazionale degli Infermieri (FNOPI);
- Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria - CIVES;
- Regione Lazio;
- Università Italiane;
- Consesso universitario internazionale;
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS);



- Associazioni del malato;
- Altri Ordini delle Professioni Sanitarie;
- Gli Iscritti;
- I cittadini;
- Il personale dipendente.

11. LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

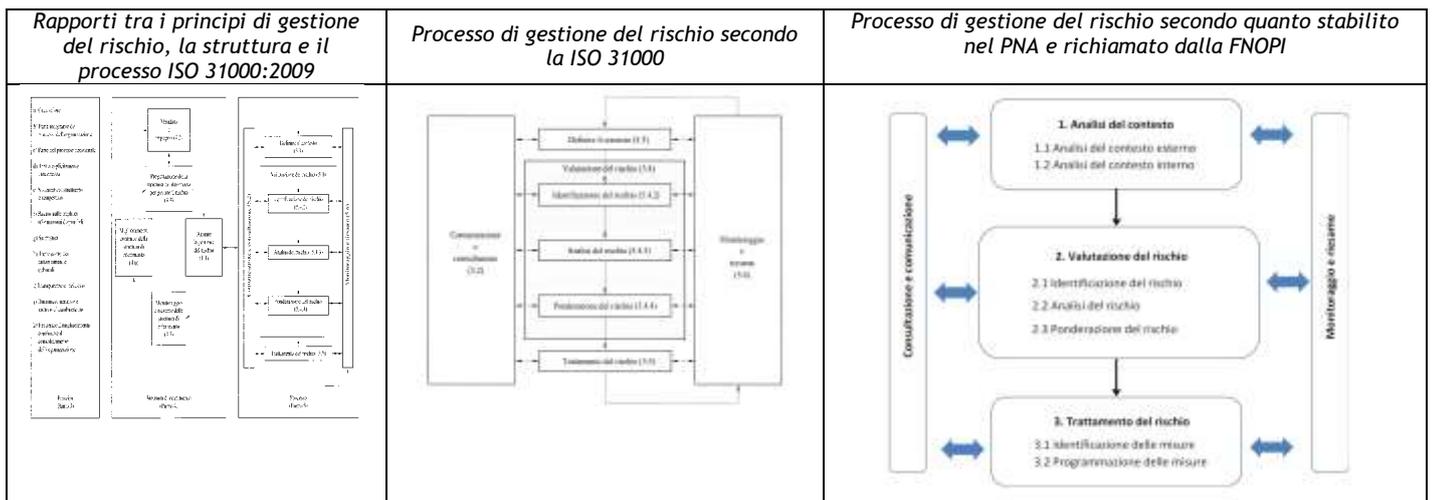
La gestione dei rischi rientra tra i modelli organizzativi orientati allo sviluppo della qualità dei processi gestionali, distinguendosi per avere come oggetto l’analisi di eventi inesperti, potenziali, e non problemi o criticità, già manifestatesi all’interno della realtà organizzativa.

Per quanto le scelte e quindi il sistema di gestione del rischio 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 presentare quelli che hanno orientato l’OPI di Roma nella predisposizione di questo Piano:

- 1) lo standard ISO 31000, la cui applicazione è stata raccomandata nei PNA di ANAC, nonché gli standard ad essi collegati che ne completano il quadro di riferimento, seppure non esplicitamente citati nelle diverse edizioni del PNA;
- 2) 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.
- 3) Le Linee guida della FNOPI “Supporto metodologico per l’implementazione di un sistema di prevenzione della corruzione negli ordini delle professioni infermieristiche”.

Questo Piano, pertanto, è stato predisposto seguendo l’approccio metodologico suggerito dalla ISO 31000, richiamato dal PNA e adottato formalmente quale strumento metodologico di riferimento dalla FNOPI. A seguire si riportano gli schemi rappresentativi dello strumento metodologico utilizzato dall’OPI di Roma.





L'ANAC ha definito il piano anticorruzione come:

- un programma di attività e non un mero documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete;
- parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione; la gestione del rischio, pertanto, deve svolgere a tutti i livelli dell'organizzazione (strategico, direzionale ed operativo) ed integrarsi con gli altri sistemi di controllo e gestione interni;
- coordinato con gli altri schemi organizzativi di governo e programmazione al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione.

Alla luce di quanto sopra esposto l'efficacia del PTPCT dipende dalla collaborazione fattiva di tutti gli attori coinvolti.

L'OPI di Roma ha accolto in pieno queste raccomandazioni istituendo un Gruppo di lavoro multidisciplinare anticorruzione a supporto dell'Organo Direttivo nell'implementazione del processo di valutazione dei rischi corruttivi e per la definizione delle misure di contenimento delle stesse. Fanno parte del Gruppo:

- il Presidente;
- il RPCT individuato ai sensi dell'art. 1, co. 7, L. 190/2012;
- Il Responsabile del Sistema di gestione per la Qualità;
- Tre componenti del Consiglio Direttivo indicati dal Presidente. A rotazione tutti i Consiglieri devono partecipare al Gruppo nel corso del mandato dei quattro anni;
- Un rappresentante del personale amministrativo;
- Un esperto legale (esterno).

11.1 ANALISI SWOT

Come riportato in precedenza, l'esito dell'analisi del contesto interno ed esterno in cui l'OPI di Roma opera è riportato in specifici Allegati a questo Piano e sono stati individuati gli stakeholder con i quali si relaziona. Il fine dell'analisi in parola è di individuare gli aspetti interni che possano influenzare l'approccio con cui l'OPI di Roma andrà ad implementare il proprio sistema di gestione del rischio corruttivo ed assicurarsi che gli obiettivi e gli interessi degli stakeholder esterni siano debitamente considerati nella definizione del sistema di gestione del rischio corruttivo. In riferimento agli esiti dell'analisi sopra richiamata si riporta nello schema a seguire un'integrazione rispetto a quanto già definito negli Allegati sopra menzionati in questo piano riguardanti l'analisi del contesto. L'integrazione tiene conto di un altro strumento metodologico utile a meglio definire il rapporto dell'OPI di Roma con il proprio contesto di riferimento sia interno sia esterno. Questo strumento metodologico meglio conosciuto come Analisi di SWOT permette di individuare nel contesto interno i punti di forza ed i punti di debolezza e nel contesto esterno le opportunità e le minacce. Inoltre permette di fornire una visione integrata della situazione in cui l'OPI di Roma opera e al contempo stimare preliminarmente le potenziali interazioni e sinergi con gli stakeholder nella attuazione delle strategie che si intendono realizzare, verificando i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento. Sintetizza la rilevazione delle informazioni di contesto esterno in termini di minacce e opportunità, come sopra richiamato, e la rilevazione di dati e informazioni attinenti il contesto interno in termini di punti di forza e debolezze secondo le principali quattro dimensioni: organizzazione, risorse strumentali ed economiche, risorse umane e salute finanziaria. Nella tabella a seguire è riportato l'esito dell'analisi (SWOT Analysis) al quale si è giunti acquisendo le informazioni in sede di Riesame della Direzione.



CONTESTO INTERNO	
PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none">• Capacità di adattamento alle nuove disposizioni di legge.• Presenza di competenze specialistiche all'interno dell'Organo Direttivo.• Motivazione del cliente interno.• Certificazione del Sistema di gestione per la Qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015.• Riconoscibilità ed affidabilità dell'Ente.• Capacità di autofinanziarsi con le quote degli iscritti senza trasferimenti statali.• Ampia attività editoriale.• Comunicazione diretta ed efficace.• Gruppo consolidato di consulenza e supporto.	<ul style="list-style-type: none">• Carenza di organico.• Requisito strutturale della sede carente, non proporzionato al flusso reale di persone.• Necessità di razionalizzare la spesa riguardante i rimborsi ed i gettoni di presenza dei componenti dell'Organo direttivo.
CONTESTO ESTERNO	
OPPORTUNITA'	MINACCE
<ul style="list-style-type: none">• Trasformazione del Collegio in Ordine.• Articolazione territoriale.• Disponibilità di nuove tecnologie per la gestione e per la comunicazione (ICT).• Collaborazione su temi specifici con la FNOPI e con gli altri Ordini provinciali.• Collaborazione con altri professioni sanitarie su temi di comune interesse.• Collaborazione con gli Organi Istituzionali.• Collaborazione con organismi professionali internazionali.• Infermiere di famiglia, di comunità e scolastico.• Riconoscimento quale titolo obbligatorio e non solo preferenziale della formazione post base specialistica nelle aree della sanità pubblica, della pediatria, della psichiatria e psicologia, della geriatria e dell'area critica.	<ul style="list-style-type: none">• Influenze lobbistiche che tendono a perseguire comportamenti opportunistici che potrebbero limitare l'area di competenza e responsabilità della professione.• Pressioni dal contesto territoriale di settore ed economico sociale.• Frequenti cambi di interlocutori politico amministrativi.• Gestione rapporti inter istituzionali.• Limiti imposti dalla legge in presenza di autonomia finanziaria.• Impatto organizzativo dovuto all'adeguamento a norme di riferimento.• Resistenze all'attività di regolamentazione da parte degli stakeholder conseguente all'adozione di nuove misure per la prevenzione dei reati corruttivi.

11.2 VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio corruttivo dell'OPI di Roma è stato progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, migliorando la conoscenza dell'amministrazione, hanno consentito di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili. In tale contesto i sistemi di controllo già esistenti e specificati nei precedenti Piani sono stati razionalizzati e sono stati consolidati i controlli già esistenti evitando di implementare misure di prevenzione solo formali e migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi indicati. Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema). Sviluppandosi in maniera "ciclica", in ogni sua ripartenza il ciclo tiene conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza accumulata e adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno. Il processo di valutazione del rischio è stato realizzato dal Gruppo di lavoro multidisciplinare anticorruzione che si assume l'onere di ripeterlo ad ogni cambiamento organizzativo.

Identificazione, analisi e ponderazione del rischio

Il Piano è stato predisposto per facilitare la prevenzione di specifici reati corruttivi. In particolare modo si è ritenuto di considerare i reati contro la Pubblica Amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale e, più in generale, tutte quelle situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, potrebbe concretizzarsi una distorsione delle finalità istituzionali dell'Ordine. L'analisi intercorsa ha permesso di rilevare i seguenti potenziali reati:

- 1) Corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 c.p.);
- 2) Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.);



- 3) Concussione (art. 317 c.p.);
- 4) Indebita induzione a dare o promettere utilità (art. 319-quater c.p.);
- 5) Peculato (art. 314 c.p.);
- 6) Abuso d'ufficio (art. 323 c.p.);
- 7) Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione (art. 328 c.p.);
- 8) False comunicazioni sociali c.d falso in bilancio (art. 2621 bis Codice Civile)

In osservanza a quanto disposto dalla Legge n. 190/2012 e dal PNA, si è proceduto alla mappatura dei processi (cfr Allegato 3), alla identificazione delle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione nonché all'individuazione, per ciascuna area, dei processi più frequentemente soggetti al verificarsi del rischio corruttivo (cfr Allegato 4): le aree di rischio considerate comprendono aree di rischio generale:

- quelle individuate come aree sensibili dall'art. 1, co. 16, Legge n. 190/2012, così come riprodotte nell'Allegato 1 al PNA 2019;

ed aree di rischio specifico:

- quelle specificate nella Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 PNA 2016;
- quelle ulteriori individuate nell'ambito dei processi dell'OPI di Roma, in base alle sue specifiche funzionali.

Sulla scorta di tali indicazioni, l'Allegato 1 al PNA 2019 individua le seguenti aree e sottoaree di rischio obbligatorie per tutte le amministrazioni:

A) Area: acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

B) Area: contratti pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)

1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento
2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

C) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (riguardante autorizzazioni e concessioni)

1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an⁵²
2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
3. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an e a contenuto vincolato
4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an
6. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto

D) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati)

1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an
2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
3. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an e a contenuto vincolato
4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale

⁵² La discrezionalità costituisce il margine di apprezzamento che la legge lascia alla determinazione dell'autorità amministrativa. Quattro sono i principali oggetti su cui può esercitarsi la discrezionalità: 1) AN : la scelta dell'emanazione o meno di un determinato atto; 2. QUID: il contenuto del provvedimento può essere determinato liberamente o entro certi valori; 3) QUOMODO: modalità accessorie inerenti gli elementi accidentali (forma); 4) QUANDO: momento in cui adottare il provvedimento.



5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an
6. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto
E) Area: attività disciplinare che può comportare l'adozione di provvedimenti di natura limitativa (controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni)
Alle Aree sopraindicate si aggiungono le ulteriori aree individuate nell'ambito dell'OPI di Roma, in base alle sue specificità funzionali:
F) Area Organizzazione e Programmi formativi per infermieri
G) Area della Ricerca e promozione della Cultura Infermieristica (CECRI)
H) Area erogazione indennità, gettoni di presenza e rimborsi spesa
I) Area gestione sede: ciclo attivo (gestione delle entrate)
L) Area editoria
M) Area servizi agli iscritti
N) Area elezione componenti del consiglio direttivo
O) Area adozione di pareri di congruità sui corrispettivi per le prestazioni professionali
P) Area indicazione di professionisti per lo svolgimento di incarichi specifici

11.3 TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Sulla base dei criteri indicati nell'Allegato 5 del PNA si è provveduto alla valutazione del grado di esposizione alla corruzione delle aree. La valutazione del rischio è effettuata su ogni attività inerente alle Aree di rischio sopraindicate. Gli esiti della valutazione del rischio sono riportati in esposizione analitica, unitamente alla metodologia adottata, nell'Allegato 4 "Schede sinottiche sul rischio" e nell'allegato 5 "Catalogo dei rischi e misure di contenimento".

A seguire si riporta una sintesi della valutazione del rischio rilevata.

SINTESI DEI RISULTATI

AREA	ITEM	VALORE DEL RISCHIO	VALUTAZIONE FINALE
A	Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)	1,66	Rischio BASSO
B	Contratti pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)	3,16	Rischio BASSO
C	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetti economici diretto ed immediato per il destinatario (riguardante autorizzazioni e concessioni)	3,24	Rischio BASSO
D	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati)	3,24	Rischio BASSO
E	Attività disciplinare che può comportare l'adozione di provvedimenti di natura limitativa (controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni)	3,78	Rischio BASSO
F	Area Organizzazione processi formativi per infermieri	1,83	Rischio BASSO
G	Area della Ricerca e della cultura infermieristica (CECRI)	7,5	Rischio MEDIO
H	Area Erogazione delle indennità, dei gettoni di presenza e dei rimborsi spesa	2,83	Rischio BASSO
I	Area Gestione della sede (ciclo attivo) (gestione delle entrate)	1,66	Rischio BASSO
L	Area Editoria	4	Rischio BASSO
M	Area servizi agli iscritti, relazioni e comunicazione	1,83	Rischio BASSO
N	Area elezione dei componenti il consiglio direttivo	4	Rischio BASSO
O	Area adozione di pareri di congruità sui corrispettivi per le prestazioni professionali	2,16	Rischio BASSO
P	Area indicazione di professionisti per l'affidamento di incarichi specifici	2	Rischio BASSO



12. SCHEDE SINOTTICHE, CATALOGO DEI RISCHI, MISURE DI CONTENIMENTO ED INTERNAL AUDIT

Nell'ambito dell'OPI di Roma sono già vigenti regolamenti e procedure, funzionali al Sistema di Gestione per la Qualità certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015, volti ad assicurare lo svolgimento delle attività amministrative nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza e deontologia professionale. In considerazione dell'attività effettivamente svolta dall'OPI di Roma e tenuto conto del grado di rischio così come emerso dalla valutazione svolta è intendimento dello stesso Ordine apportare le ulteriori misure riportate sinteticamente nel catalogo dei rischi e contenimento (allegato 5 a questo Piano) con l'obiettivo di prevenire i reati corruttivi. Inoltre questo Piano prevede la definizione di un planning di audit interni, integrati con il Sistema di Gestione Qualità, finalizzati a garantire la monitoraggio dei processi in termini di risultati di qualità e di efficacia riguardo le attività posta in essere per la prevenzione degli stessi fenomeni corruttivi potenzialmente attuabili (cfr Allegato 9). Ulteriormente sono individuate nell'Allegato 8 le attività da porre in essere nell'anno in corso di validità del Piano e gli indicatori ad esse associati al fine di promuovere la legalità, prevenire gli eventi corruttivi e monitorare il livello di adesione allo stesso Piano. Inoltre nell'Allegato 7 sono riportati gli obblighi e le responsabilità di pubblicazione.

13. POLITICA ANTICORRUZIONE DELL'OPI ROMA

L'OPI Roma è pienamente consapevole che il fenomeno della corruzione rappresenta un ostacolo allo sviluppo economico, politico e sociale del Paese.

In tal senso, l'Ordine ha posto in essere un sistema di gestione che ha come finalità quello di tenere sotto controllo il fenomeno corruttivo mediante una attività motivazionale costante alla propria struttura.

In applicazione di tale impegno, il Presidente e il Consiglio Direttivo hanno determinato che la Politica per la Prevenzione dell'Ordine è basata su:

- il rigoroso e pieno rispetto della legislazione vigente in materia di prevenzione e contrasto della corruzione, con il coinvolgimento dei dipendenti, dei collaboratori a qualsiasi titolo, e di tutti i soggetti che operano per l'Ordine;
- il divieto assoluto di porre in essere comportamenti che possano configurarsi come corruzione o tentativo di corruzione;
- l'effettuazione di un'analisi di contesto accurata che ha portato all'identificazione, nell'ambito delle attività svolte dall'Ordine, delle aree di pericolo potenziale ed individuazione ed attuazione delle azioni idonee a ridurre/minimizzare i rischi stessi;
- il pieno impegno a rispettare tutti i requisiti del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione da parte di tutti gli stakeholder;
- la sensibilizzazione e formazione dei propri dipendenti alle tematiche della prevenzione del fenomeno corruttivo;
- la previsione di modalità di segnalazione di sospetti in buona fede, o sulla base di una convinzione ragionevole, assicurando l'anonimato dei segnalatori;
- il perseguimento di qualsiasi comportamento non conforme alla politica per la prevenzione della corruzione con l'applicazione del sistema sanzionatorio dell'Ordine;
- la designazione di una funzione di conformità per la prevenzione della corruzione, cui viene garantita piena autorità e indipendenza nell'incarico;

I Destinatari sono incoraggiati a segnalare ogni eventuale violazione del Sistema Anticorruzione di cui abbiano avuto conoscenza, anche indiretta, nel corso della propria attività ed ai segnalanti è garantita tutela da qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione, fatti salvi gli obblighi di legge. Sarà soggetto a sanzione disciplinare, commisurata alla gravità della violazione effettuata, qualsiasi dipendente o collaboratore che non agisca conformemente alla presente Politica.

Sarà soggetto a sanzioni disciplinari di tipo contrattuale qualsiasi partner o fornitore che non agisca conformemente alla presente Politica.

L'OPI Roma comunica la presente Politica ai Destinatari e ne aggiorna periodicamente i contenuti.

La Presidenza ritiene che la strategia più idonea al conseguimento di tale Politica Anticorruzione consista nella piena implementazione del Sistema di gestione per la prevenzione della corruzione conforme alla norma ISO 37001: 2016.



14. CERTIFICAZIONE SECONDO LA NORMA UNI EN ISO 37001

Questo Piano prevede la certificazione del Sistema di prevenzione dei reati corruttivi OPI di Roma secondo la norma UNI EN ISO 37001:2016 (Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione - Requisiti e guida all'utilizzo). Allo scopo di conseguire questa importante certificazione il Piano prevede la predisposizione di un Manuale del sistema di gestione anticorruzione e di specifiche procedure. Manuale e procedure, unitamente a questo Piano, stabiliscono i requisiti e forniscono una guida per un sistema di gestione progettato per aiutare l'organizzazione per prevenire, rilevare e rispondere alla corruzione e rispettare le leggi anti-corruzione ed altri impegni volontari applicabili alle sue attività. Sono esclusi dal campo di applicazione del Manuale e delle procedure di cui sopra la frode, i cartelli e altri reati antitrust o di concorrenza, riciclaggio di denaro o altre attività legate alla corruzione.

15. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Strumento primario per prevenire fenomeni di corruzione è la formazione del personale, con particolare riferimento a quello addetto alle aree ritenute a più elevato rischio di corruzione. Le iniziative formative già previste nell'ambito dell'OPI di Roma sono implementate con specifici approfondimenti in materia di prevenzione della corruzione. In particolare, oltre ad una formazione di base, rivolta a tutti gli iscritti e al personale dell'OPI di Roma, sono programmati corsi di aggiornamento sulla normativa in tema di anticorruzione e trasparenza, rivolti al responsabile per la prevenzione della corruzione e ai soggetti operanti nei settori più sensibili al rischio di corruzione. La formazione è rivolta a tutti i dipendenti e ai consiglieri. Sono altresì previste iniziative formative e conoscitive della normativa anticorruzione aperte agli iscritti, come sopra richiamato. I soggetti che erogano la formazione sono individuati dal Consiglio Direttivo su proposta del responsabile della prevenzione della corruzione. La formazione in tema di anticorruzione, inoltre, è rafforzata mediante pubblicazione sulla rivista dell'OPI di Roma e sul sito istituzionale di articoli di approfondimento della materia.

16. CODICE DI COMPORTAMENTO

I destinatari degli obblighi anticorruzione dell'OPI di Roma richiamati nel Capitolo dei soggetti coinvolti sono chiamati a conformarsi con quanto stabilito nel DPR 16 aprile 2013, n. 62 *“Codice di comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni”*. Tale Codice prevede norme di comportamento e regole comportamentali specifiche che indirizzano il comportamento eticamente e giuridicamente adeguato nelle diverse situazioni critiche, individuando delle guide comportamentali per i vari casi. L'OPI di Roma pubblica sul proprio sito istituzionale il Codice in parola e promuove la sua consultazione e lettura con tutti gli stakeholder. In particolare e conformemente a quanto stabilito dal Codice di che trattasi, è fatto divieto ai destinatari di porre in essere comportamenti e atti che possano rientrare nelle condotte potenzialmente idonee a determinare le ipotesi di reato disciplinate dagli articoli 318, 319 e 319-ter 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 ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa sia che tale azione abbia successo, sia nel caso rimanga a livello di tentativo. Evitare quindi:

- comportamenti tali da integrare le fattispecie di reato sopra considerate;
- comportamenti che, sebbene risultino tali da non costituire di per sé fattispecie di reato rientranti tra quelle sopra considerate, possono potenzialmente diventarlo;
- qualsiasi situazione di conflitto di interessi nei confronti della pubblica amministrazione in relazione a quanto previsto dalle suddette ipotesi di reato.

Ogni violazione del Codice sopra citato deve essere segnalata all'attenzione del Consiglio Direttivo, alla prima riunione utile dello stesso, secondo le disposizioni di cui ai predetti testi normativi.



17. OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE (TRASPARENZA)

La trasparenza costituisce uno dei più efficaci mezzi di prevenzione del rischio di corruzione, in quanto consente un controllo sociale sull'attività e sulle scelte dell'amministrazione pubblica e, in particolare, l'impiego delle risorse pubbliche. L'OPI di Roma garantisce la qualità delle informazioni pubblicate nel sito istituzionale www.opi.roma.it/ nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità.

Nella sezione Amministrazione trasparente si dà attuazione alle disposizioni del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016. La sezione, a cui è possibile accedere da un banner presente in home page, rispecchia il concetto di trasparenza intesa come "accessibilità totale" delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, finalizzata alla realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino. Sulle pagine della sezione trasparenza è, inoltre, attivo il sistema Rss (Really Simple Syndication), per la notifica sul proprio computer degli aggiornamenti. La sezione e tutto il portale dell'OPI di Roma sono progettati e realizzati nel rispetto dei requisiti tecnici previsti nell'allegato A del Decreto ministeriale 8 luglio 2005 di attuazione della Legge n. 4/2004 "Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici" e in base a quanto indicato dalle linee guida per il contenuto del Web (WCAG 1.0). I documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico, sono pubblicati in formato di tipo aperto (per esempio .pdf/a, odv e xml) e sono riutilizzabili senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità. Tutti i documenti sono pubblicati tempestivamente, mantenuti aggiornati e restano pubblicati per un periodo di 5 anni. Tutte le pagine della sezione recano l'indicazione della data di pubblicazione della pagina e la data di aggiornamento. Per l'esposizione sintetica dei dati, documenti e informazioni, ove possibile, sono utilizzate tabelle per favorire la possibilità di aumentare il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione. In corrispondenza del contenuto di ciascun dato, documento e informazione della Sezione Amministrazione Trasparente, è indicata sia la data di aggiornamento che quella di iniziale pubblicazione. Al fine di evitare eventuali duplicazioni nel portale i suddetti documenti potranno essere sostituiti da un collegamento ipertestuale alla sezione del sito in cui sono presenti i relativi dati, informazioni o documenti, assicurando la qualità delle informazioni. La sezione Amministrazione trasparente non dispone di filtri e altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della stessa nel rispetto dei principi del trattamento dei dati personali e sensibili. Tutti i dati della sezione sono pertanto pubblicati nel rispetto delle misure minime di sicurezza e privacy previste dalla legge. Per gli obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale l'OPI di Roma pubblica i riferimenti normativi in una specifica sezione di Amministrazione trasparente.

Gli obblighi di pubblicazione dell'OPI di Roma sono riportati nella tabella in allegato a questo Piano che individua anche il responsabile della raccolta dei dati e il responsabile della pubblicazione degli stessi sul sito istituzionale dell'OPI di Roma.

18. ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO

Secondo quanto previsto dall'art. 5, co. 1, del D.lgs. n. 33/2013, l'accesso civico c.d. semplice è il diritto di chiunque di richiedere, senza alcuna motivazione, la pubblicazione di documenti, informazioni o dati per i quali sussistono specifici obblighi di trasparenza, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione. Pertanto, l'accesso civico semplice si configura come rimedio all'inosservanza degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge ed è espressione del controllo sociale che informa la disciplina sulla trasparenza di cui al d.lgs. 33/2013.

Per quanto attiene l'accesso civico l'OPI di Roma ha predisposto, adottato ed applica un apposito Regolamento pubblicato sul sito istituzionale al quale si rimanda per le specifiche del caso. Si ribadisce, comunque, che l'accesso civico può essere esercitato da chiunque indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato, non in forma anonima, esclusivamente attraverso le modalità riportate nel sopra citato Regolamento. OPI di Roma assicura la piena attuazione del diritto di accesso civico, di cui all'art. 5 del D.lgs n. 33 del 2013, consentendo ai cittadini, alle associazioni e alle imprese l'accesso ai dati dell'Ente. A tal fine la richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna



limitazione, quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al Responsabile della trasparenza che si pronuncia in ordine alla richiesta di accesso civico e controlla la regolare attuazione del procedimento conseguente alla richiesta pervenuta.

In caso di accoglimento dell'istanza, l'OPI di Roma, se ha già pubblicato i dati, le informazioni o i documenti richiesti, indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale. Se, invece, non li ha già pubblicati, provvede alla pubblicazione dei documenti, delle informazioni o dei dati richiesti e comunica al richiedente l'avvenuta pubblicazione, indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Il procedimento di accesso civico c.d. semplice deve concludersi con un provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza.

Decorsi inutilmente i trenta giorni di tempo dalla presentazione dell'istanza, il richiedente può:

1. ricorrere al titolare del potere sostitutivo ai sensi dell'art. 2, co. 9-bis, della l. 241/90 individuato per l'OPI di Roma nella figura del Presidente del Consiglio Direttivo;
2. proporre ricorso al giudice amministrativo entro trenta giorni dalla conoscenza della formazione del silenzio sulla richiesta di accesso civico c.d. semplice ai sensi dell'art. 116 del d.lgs. n. 104/2010 (c.p.a.).

Avverso il diniego totale o parziale da parte dell'OPI di Roma il richiedente può:

1. ricorrere al titolare del potere sostitutivo ai sensi dell'art. 2, co. 9-bis, della l. 241/90 individuato per l'OPI di Roma nella figura del Presidente del Consiglio Direttivo;
2. proporre ricorso al giudice amministrativo ai sensi dell'art. 116 del d.lgs. n. 104/2010 (c.p.a.).

Per quanto attiene l'accesso generalizzato può essere presentato da chiunque. Infatti, non occorre possedere, né dimostrare, una specifica legittimazione soggettiva, e chiunque può presentare richiesta, anche indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato.

Per presentare la richiesta di accesso generalizzato non è necessario fornire una motivazione: l'OPI di Roma è tenuto a prendere in considerazione le richieste di accesso generalizzato, a prescindere dal fatto che queste rechino o meno una motivazione o una giustificazione a sostegno della richiesta.

Con la richiesta di accesso generalizzato possono essere richiesti i documenti, dati e informazioni in possesso dell'OPI di Roma. Ciò significa:

- che l'OPI di Roma non è tenuto a raccogliere informazioni che non sono in suo possesso per rispondere ad una richiesta di accesso generalizzato, ma deve limitarsi a rispondere sulla base dei documenti e delle informazioni che sono già in suo possesso;
- che l'OPI di Roma non è tenuto a rielaborare informazioni in suo possesso, per rispondere ad una richiesta di accesso generalizzato: deve consentire l'accesso ai documenti, ai dati e alle informazioni così come sono già detenuti, organizzati, gestiti e fruiti;
- che sono ammissibili, invece, le operazioni di elaborazione che consistono nell'oscuramento dei dati personali presenti nel documento o nell'informazione richiesta, e più in generale nella loro anonimizzazione, qualora ciò sia funzionale a rendere possibile l'accesso.

È importante che la richiesta indichi i documenti o i dati richiesti, ovvero che nella richiesta sia consentito all'OPI di Roma di identificare agevolmente i documenti o i dati richiesti. Devono essere ritenute inammissibili le richieste formulate in modo così vago da non permettere all'OPI di Roma di identificare i documenti o le informazioni richieste. In questi casi, l'OPI di Roma deve chiedere di precisare l'oggetto della richiesta.

L'OPI di Roma è tenuta a consentire l'accesso generalizzato anche quando riguarda un numero cospicuo di documenti ed informazioni, a meno che la richiesta non risulti manifestamente irragionevole, tale cioè da comportare un carico di lavoro in grado di interferire con il buon funzionamento dello stesso Ordine. Tali circostanze, adeguatamente motivate nel provvedimento di rifiuto, devono essere individuate secondo un criterio di stretta interpretazione, ed in presenza di oggettive condizioni suscettibili di pregiudicare in modo serio ed immediato il buon funzionamento dell'OPI di Roma.

La richiesta di accesso generalizzato può essere presentata, alternativamente:

- alla segreteria dell'OPI di Roma che a sua volta informa il RPCT come indicato nella sezione "Amministrazione trasparente" - "Altri contenuti - Accesso civico" del sito istituzionale dell'OPI di Roma.

L'istanza può essere presentata anche a mezzo posta, fax o direttamente presso gli uffici dell'OPI di Roma, e che laddove la richiesta di accesso generalizzato non sia sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, la stessa debba essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, che va inserita nel fascicolo (cfr. art. 38, commi 1 e 3, del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico, in risposta alla richiesta di accesso generalizzato, è



gratuito. Quando l'OPI di Roma risponde alla richiesta di accesso generalizzato mediante il rilascio di documenti ed informazioni in formato cartaceo, può richiedere il rimborso dei soli costi effettivamente sostenuti e documentati per la riproduzione su supporti materiali. È da preferire il rilascio dei documenti e dei dati in formato elettronico quando tale formato elettronico è indicato dal richiedente, nei limiti in cui tale modalità risulti comunque agevole per l'OPI di Roma.

Laddove la richiesta di accesso generalizzato possa incidere su interessi connessi alla protezione dei dati personali, o alla libertà e segretezza della corrispondenza oppure agli interessi economici e commerciali (ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali), l'OPI di Roma deve darne comunicazione ai soggetti titolari di tali interessi, mediante invio di una copia a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione).

Il soggetto controinteressato può presentare (anche per via telematica) una eventuale e motivata opposizione all'istanza di accesso generalizzato, entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione della richiesta di accesso generalizzato. Decorso tale termine, l'amministrazione provvede sulla richiesta di accesso generalizzato, accertata la ricezione della comunicazione da parte del controinteressato.

Il procedimento di accesso generalizzato deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, con la comunicazione dell'esito al richiedente e agli eventuali controinteressati. Tali termini sono sospesi (fino ad un massimo di dieci giorni) nel caso di comunicazione della richiesta al controinteressato.

In caso di accoglimento, l'OPI di Roma provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti. Nel caso in cui l'accesso sia consentito nonostante l'opposizione del controinteressato, i dati o i documenti richiesti possono essere trasmessi al richiedente non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato, al fine di consentire a quest'ultimo l'eventuale proposizione di riesame.

Il provvedimento di accoglimento contiene una adeguata motivazione che dà conto della insussistenza di uno o più elementi che integrano l'esistenza del pregiudizio concreto, per l'OPI di Roma o per il/i controinteressato/i, specie quando è adottato nonostante l'opposizione del controinteressato.

Il provvedimento di rifiuto adottato in applicazione dei limiti di cui all'art. 5 bis, commi 1 e 2 contiene una adeguata motivazione che dà conto della sussistenza degli elementi che integrano l'esistenza del pregiudizio concreto. Va parimenti motivato adeguatamente il provvedimento di rifiuto adottato in applicazione delle esclusioni di cui all'art. 5-bis, co. 3.

In caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato dal comma 6 dell'art. 5, d.lgs. n. 33/2013, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'OPI di Roma, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni. In alternativa:

- può presentare ricorso al difensore civico competente per ambito territoriale;
- può attivare la tutela giurisdizionale davanti al giudice amministrativo, ai sensi dell'articolo 116 del Codice del processo amministrativo.

L'OPI di Roma può chiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali attraverso il proprio Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza nel caso di richiesta di riesame e dal difensore civico nel caso di ricorso laddove l'accesso generalizzato sia stato negato o differito per motivi attinenti la tutela della «protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia» (art. 5-bis, comma 2, lett. a, d.lgs. n. 33/2013). In tali ipotesi, il Garante si pronuncia entro il termine di dieci giorni dalla richiesta, durante i quali il termine per l'adozione del provvedimento da parte del responsabile della prevenzione della corruzione o per la pronuncia del difensore civico sono sospesi.

Ai sensi del co. 9 dell'art. 5 del d.lgs. 33/2013, nei casi di accoglimento della richiesta, il controinteressato può presentare richiesta di riesame al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) dell'OPI di Roma e, per i soli atti di Regioni ed enti locali, ricorso al difensore civico. Avverso la decisione dell'OPI di Roma ovvero a quella del RPCT o a quella del difensore civico, il controinteressato può proporre ricorso al TAR ai sensi dell'art. 116 del d.lgs. 104/2010 (codice del processo amministrativo)

L'OPI di Roma, consapevole che essendo gli obblighi di pubblicazioni del d.lgs. 33/2013 previsti da un decreto legislativo devono essere considerati pienamente compatibili con la nuova disciplina in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 RGPD), prima di mettere a disposizione sul proprio sito web istituzionale dati e documenti contenenti dati personali - in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati - verifica che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs.



33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione. Diversamente l'OPI di Roma pubblica i dati e i documenti oscurando i dati personali.

La pubblicazione dei dati sul sito web dell'OPI di Roma per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare, assumono rilievo i **principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione** a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di **esattezza e aggiornamento dei dati**, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d).

Come disposto dal D.lgs. 33/2013 l'OPI di Roma, nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedono la pubblicazione di atti o documenti, provvede a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione.

Il d.lgs. 33/2013 prevede, inoltre, che i dati personali diversi dai dati sensibili e giudiziari individuati dalle disposizioni in materia di trasparenza possono essere diffusi attraverso il sito istituzionale nonché essere trattati secondo modalità che ne consentono la indicizzazione e la rintracciabilità tramite motori di ricerca web mentre i dati sensibili e i dati giudiziari sono espressamente sottratti all'indicizzazione.

Sulle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, il Garante privacy ha fornito indicazioni nelle «Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati» (in G.U. n. 134 del 12 giugno 2014 e in www.gpdp.it, doc. web n. 3134436, attualmente in corso di aggiornamento) alle quali l'OPI di Roma intende uniformarsi.

Al fine di raggiungere un adeguato livello di trasparenza sono individuati i seguenti obiettivi da conseguire nel triennio:

1. Pubblicazione ed aggiornamento sul sito istituzionale, all'interno della sezione "Amministrazione trasparente", dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività dell'OPI di Roma come previsto dalla normativa in materia di pubblicazione.
2. Accesso libero al sito istituzionale senza necessità di registrazione.
3. Monitoraggio e controllo semestrale da parte del responsabile della trasparenza sull'adempimento regolare degli obblighi di pubblicazione e sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate.

Ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 33/2013, la pubblicazione dei dati sul sito istituzionale deve essere tempestiva e gli stessi mantenuti costantemente aggiornati.

Nel caso in cui le norme recanti obblighi di pubblicazione prevedano specifiche tempistiche di aggiornamento, esse sono indicate in dettaglio nell'allegato 1 alla Delibera ANAC n. 1310/2016 che diviene, per l'OPI di Roma, il documento di riferimento per determinare le tempistiche di aggiornamento di cui sopra. Secondo quanto previsto dall'art. 8, co. 3, del D.lgs. n. 33/2013, come precisato anche dalla Delibera ANAC 1310/2016, art. 3., documenti, informazioni e dati oggetto di specifici obblighi di pubblicazione sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrente dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli artt. 14, co. 2, e 15, co. 4 del medesimo decreto. Decorso detti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D.lgs. 33/2013.

19. WHISTLEBLOWING

Il whistleblower, inteso come dipendente pubblico che intende segnalare illeciti di interesse generale e non di interesse individuale, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, in base a quanto previsto dall'art. 54 bis del D.lgs. n. 165/2001 così come modificato dalla legge 30 novembre 2017, n. 179. Ai fini della disciplina del whistleblowing, per "dipendente pubblico" si intende il dipendente delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del D.lgs. n. 165/2001, ivi compreso il dipendente di cui all'articolo 3, il dipendente di un ente pubblico economico ovvero il dipendente di un



ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico ai sensi dell'art. 2359 del codice civile. Inoltre che la disciplina del whistleblowing si applica anche ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.

Salva la responsabilità e le conseguenze per calunnia o diffamazione, il dipendente che denuncia all'Autorità Giudiziaria, o segnala al proprio superiore o al consiglio Direttivo OPI di Roma condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio operato, non può essere licenziato, sanzionato, sottoposto a misura discriminatoria per motivi collegati alle iniziative di cui trattasi.

Le stesse regole valgono per gli stakeholder che, conformemente a questo Piano ed al fine di favorire l'emergere di situazioni di illegalità, decidessero di segnalare al Responsabile della prevenzione della corruzione, condotte illecite e/o pressioni subite o di cui sia venuto a conoscenza e provenienti sia da ambienti esterni alla professione che interni ad essa. Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo consenso. La segnalazione arriva al responsabile della prevenzione della corruzione dell'OPI di Roma con le modalità riportate sul sito istituzionale.

20. DUE DILIGENCE

Sulle attività individuate in cui il rischio di corruzione sia superiore al basso questo Piano prevede la possibilità di pianificare e svolgere una due diligence con particolare riferimento a:

- transazioni, progetti e attività;
- al personale dell'organizzazione che ricopre specifiche funzioni: Acquisti e Amministrazione.

Viene predisposta, adottata ed applicata specifica procedura ricompresa all'interno del Sistema di Gestione di OPI Roma.

Qualora la due diligence condotta su una determinata operazione, progetto, attività o relazione associata con un business stabilisce che i rischi di corruzione non possono essere gestiti dai controlli anti-corruzione esistenti, e l'OPI Roma non può o decide di non volere implementare ulteriori o migliorati controlli anti-corruzione o di adottare altre misure appropriate (ad esempio cambiando la natura dell'operazione, del progetto, dell'attività o della relazione) per consentire all'OPI Roma di gestire i relativi rischi di corruzione, la stessa OPI Roma:

a) nel caso di una esistente operazione, progetto, attività o relazione, adotta misure adeguate ai rischi di corruzione ed alla natura dell'operazione, del progetto, dell'attività o della relazione al fine di sospendere, interrompere, sospendere o ritirarsi dall'operazione, progetto, attività o relazione non appena possibile;

b) nel caso di una nuova proposta di transazione, di progetto, di attività o di relazione, rinvia l'accettazione o rifiuta di portare a termine la transazione.

Viene tenuta idonea registrazione di ognuna delle attività di cui sopra che si verifichi.

21. VERIFICHE ANTI CORRUZIONE

L'OPI Roma attua procedure che, ove non espressamente vietato dalle leggi locali in certe giurisdizioni:

a) richiedono una valutazione e, se del caso, un'indagine di qualsiasi atto corruttivo o violazione della Politica anti-corruzione o del sistema di gestione anti-corruzione, che venga segnalato, rilevato o che sia anche solo ragionevolmente sospetto;

b) richiedono azioni appropriate nel caso in cui l'indagine riveli atti di corruzione o violazione della Politica anti-corruzione o del sistema di gestione anti-corruzione;

c) autorizzano ed attivano attività investigative, se necessario;

d) richiedono una cooperazione nelle indagini da parte del personale interessato;

e) richiedono che lo stato dei risultati delle indagini siano segnalati alla funzione di Compliance Anti-Corruzione e ad altre funzioni, a seconda dei casi;

f) richiedono che l'indagine venga condotta in modo confidenziale e che i risultati delle indagini siano confidenziali.

Inoltre OPI Roma conduce audit interni (ai sensi della Norma ISO 19001) ad intervalli pianificati per fornire informazioni circa il fatto che il sistema anti-corruzione:

a) è conforme:

1) alle esigenze dell'organizzazione per il proprio sistema di gestione anti-corruzione;

2) ai requisiti della Norma ISO 37001;



b) è efficacemente attuato e mantenuto.

A tale scopo OPI Roma:

- a) ha stabilito, attua e mantiene un Programma di Audit, stabilendo la frequenza, i metodi, le responsabilità, i requisiti di pianificazione e reporting, avendo preso in considerazione l'importanza dei processi interessati ed i risultati degli audit precedenti;
- b) definisce i criteri di audit ed il campo di applicazione di ogni audit;
- c) seleziona auditors competenti e conduce gli audit al fin di garantire l'obiettività e l'imparzialità del processo di audit;
- d) assicura che i risultati degli audit siano riportati ai responsabili di competenza, alla funzione di Compliance Anti-Corruzione, al top management e all'organo Amministrativo;
- e) conserva le informazioni documentate come prova dell'attuazione del Programma di Audit e dei risultati dei singoli audit.

22. INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ

Il Responsabile della prevenzione della corruzione verifica l'insussistenza di ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità in capo ai dipendenti ed ai soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire incarichi ai sensi del D.Lgs n. 39 del 2013. L'accertamento avviene al momento del conferimento dell'incarico. Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'OPI di Roma provvede a conferire l'incarico ad altro soggetto. In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'articolo 17 del D.Lgs n. 39 del 2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'articolo 18 del medesimo decreto. Il Responsabile della prevenzione della corruzione verifica periodicamente la sussistenza di situazioni di incompatibilità, contesta all'interessato l'incompatibilità eventualmente emersa nel corso del rapporto e vigila affinché siano adottate le misure conseguenti.

23. ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'art. 6-bis della legge n.241 del 1990, introdotto dall'art. 1, comma 41, legge n.190 del 2012, stabilisce che "il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche solo potenziale."

Tale norma integra le disposizioni di cui all'art. 6 del Codice, a tenore del quale il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o attività che possano coinvolgere "interessi propri", ovvero di suoi parenti entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Sull'astensione decide il responsabile dell'Ufficio di appartenenza.

Dopo aver tipizzato le relazioni sintomatiche di un possibile conflitto di interessi, l'articolo appena citato, con una clausola di carattere generale, impone al dipendente di astenersi in tutti gli altri casi in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Avendo la menzionata norma del Codice attribuito la decisione sull'astensione al responsabile dell'ufficio di appartenenza, il PNA ha precisato che la segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al dirigente, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Le richiamate disposizioni e indicazioni sono da considerarsi riconducibili al Presidente dell'OPI di Roma che deve raccogliere la segnalazione di conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Il presidente dell'OPI di Roma deve valutare la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal Presidente dell'OPI di Roma ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Presidente dell'OPI di Roma dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. Presso l'OPI di Roma è istituito un *Registro delle astensioni*, in cui vengono annotate il nominativo del dipendente che ha segnalato il conflitto di interessi, l'ufficio/area di appartenenza e le motivazioni



dell'astensione dello stesso nonché l'atto e gli atti rispetto ai quali è intervenuta l'astensione. Il Registro in parola deve essere archiviato e custodito dal Segretario nominato in seno al Consiglio Direttivo.

24. ROTAZIONE STRAORDINARIA DEGLI INCARICHI

L'art. 16, comma 1, lett.l - quater del d.lgs.165/2001 (lettera aggiunta dall'art. 1, co. 24, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini") prevede che "I dirigenti di uffici dirigenziali generali, comunque denominati, nell'ambito di quanto stabilito dall'articolo 4 esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e poteri: provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, **disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.**"

La rotazione straordinaria è dunque una misura di prevenzione della corruzione di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi posti in essere dai dipendenti ovvero tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'amministrazione (dipendenti non dirigenti e dirigenti, interni ed esterni, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato) la cui finalità è quella di preservare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione stessa.

L'applicazione di tale istituto ha rivelato delle criticità interpretative che l'ANAC ha ritenuto di approfondire adottando apposite Linee guida, con la delibera n.215 del 26 marzo 2019.

L'Autorità ha fornito indicazioni in merito:

- ai reati-presupposto che l'amministrazione è tenuta a tenere in considerazione ai fini dell'adozione della misura;
- al momento del procedimento penale in cui l'amministrazione deve adottare il provvedimento di valutazione della condotta del dipendente, adeguatamente motivato ai fini dell'eventuale applicazione della misura.

In relazione al primo punto in ordine alla tipologia di reati occorre tener presente che quanto specificato nelle predette linee guida:

a) per i reati di cui all'art.7 della legge n.69 del 2015, (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale) è da ritenersi obbligatoria l'adozione di un provvedimento motivato, con il quale viene valutata la condotta "corruttiva" del dipendente ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria;

b) per gli altri reati contro la pubblica amministrazione, di cui al Capo I, Titolo II, Libro secondo del Codice penale (delitti rilevanti ai fini dell'inconferibilità ex art. 3 d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39, oltreché previsti dall'art.35-bis del d.lgs. 165 del 2001 e dal d.lgs. n. 235 del 2012 in materia di incandidabilità), l'adozione del provvedimento (sempre adeguatamente motivato) è facoltativa, restando comunque in capo all'amministrazione la valutazione circa la gravità del delitto.

Il provvedimento riguarda sia i dipendenti (dirigenti e non) che operano negli uffici di cui i dirigenti generali siano titolari, ma anche gli stessi dirigenti generali, che la legge n. 190/2012 considera rientranti nella vasta categoria di incarichi amministrativi di cui si deve garantire, anche in termini di immagine, l'imparzialità. Le predette linee guida precisano che per gli incarichi amministrativi di vertice, invece, la rotazione, non potendo comportare l'assegnazione ad altro incarico equivalente, determina la revoca dell'incarico medesimo, senza che si possa, considerata la natura e la rilevanza dell'incarico, procedere ad una sua mera sospensione.

In relazione al secondo punto, concernente il momento del procedimento penale rispetto al quale l'amministrazione deve adottare il provvedimento, l'ANAC chiarisce che deve intendersi l'iscrizione nel registro delle notizie di reato di cui all'art.335 c.p.p., in quanto atto iniziale di un procedimento penale. La conoscenza di tale circostanza, riguardando un momento del procedimento che non ha evidenza pubblica (in quanto l'accesso al registro di cui all'art. 335 c.p.p. è concesso ai soli soggetti ex lege legittimati), potrà avvenire in qualsiasi modo, attraverso ad esempio fonti aperte (notizie rese pubbliche dai media) o anche dalla comunicazione del dipendente che ne abbia avuto cognizione o per avere richiesto informazioni sulla iscrizione ex art. 335 c.p.p. o per essere stato destinatario di provvedimenti che contengono la notizia medesima (ad esempio, notifica di un'informazione di garanzia, di un decreto di perquisizione, di una richiesta di proroga delle indagini, di una richiesta di incidente probatorio, etc.). A tali ipotesi si aggiunge anche l'informazione di garanzia ex art.129 disp. att. c.p.p..

Pertanto, tenuto conto che l'avvio del procedimento penale, così come del procedimento disciplinare per



condotte di natura corruttiva come sopra specificate impone per l'Amministrazione l'adozione di un provvedimento motivato, volto a valutare la condotta del dipendente ed eventualmente a disporre la rotazione, il RPCT promuove l'introduzione nel Codice di comportamento dell'obbligo per i dipendenti di comunicare immediatamente all'amministrazione l'avvio di tali procedimenti. In adempimento alle indicazioni del PNA 2019, si prevede un apposito monitoraggio annuale, che l'Organo Direttivo di OPI Roma effettua al fine di consentire la verifica dei presupposti per l'applicazione della misura in parola e di cui fornirà comunicazione circa gli esiti al RPCT entro la fine di ogni anno. Per completezza, va ricordato che la rotazione straordinaria differisce dall'istituto del trasferimento obbligatorio di cui all'art. 3 della legge n.97 del 2001, riguardante il dipendente rinviato a giudizio per i delitti ivi richiamati. L'OPI di Roma, dunque, avrà l'attenzione di applicare quanto previsto dalla norma di legge e dalle citate linee guida ANAC.

25. ROTAZIONE DEL PERSONALE

L' art. 1 della legge n.190 del 2012, e successive modificazioni e integrazioni, prevede misure obbligatorie per neutralizzare o ridurre il rischio:

-al comma 5, lett. b), le pubbliche amministrazioni centrali prevedono la rotazione di dirigenti e funzionari nei settori particolarmente esposti a corruzione;

- al comma 10, lett. b), il RPCT provvede alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, sull'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

L'attenzione prestata dal legislatore alla misura della rotazione del personale addetto alle attività a più elevato rischio di corruzione è motivata dalla considerazione che l'alternanza tra dipendenti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduce il rischio che si consolidino relazioni particolari tra amministratori e utenti o destinatari dell'azione amministrativa, che possano dare origine a trattamenti privilegiati e ad aspettativa di risposte illecite. L'OPI di Roma al fine di consentire la verifica dei presupposti per l'applicazione della misura in parola stabilisce che il personale dedicato ai processi con un rischio superiore al basso è sottoposto a rotazione tenuto comunque conto del fatto che la rotazione non verrà applicata nel caso in cui lo spostamento dei dipendenti comporti la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico così come stabilito dalla Delibera ANAC n. 13 depositata il 6 febbraio 2015. La stessa Anac ha chiarito che le modalità attuative della rotazione dei dipendenti sono rimesse all'autonoma determinazione degli enti che devono però rispettare alcuni limiti:

- **oggettivi**, in quanto è necessario comunque assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa, garantendo la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, specie a elevato contenuto tecnico, "pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico";
- **soggettivi**, quali i diritti individuali dei dipendenti e i diritti sindacali. In particolare, le misure di rotazione devono contemperare la tutela oggettiva dell'amministrazione (il suo prestigio, la sua imparzialità, la sua funzionalità) con quei diritti.

I criteri per la rotazione del personale devono essere definiti in apposito Regolamento adottato dall'OPI di Roma.

26. CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Al fine di garantire l'applicazione dell'art. 53, comma 16-ter del D.Lgs n. 165 del 2001, l'OPI di Roma prevede l'inserimento nei contratti di lavoro dipendente della clausola recante il divieto di prestare attività lavorativa sia a titolo di lavoro subordinato sia a titolo di lavoro autonomo per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari dei provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.



27. FMECA

La tecnica FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis) include un'analisi di criticità usata per valutare, mediante opportuni diagrammi, la gravità delle conseguenze di un rischio correlata con la probabilità del suo verificarsi. L'analisi mette in evidenza le modalità di rischio che hanno nello stesso tempo una probabilità di tradursi in un evento corruttivo relativamente alta unita ad un'alta gravità di conseguenze (reati), mettendo in evidenza i punti di debolezza di un processo, sui quali occorre intervenire con adeguate modifiche. Questo Piano prevede l'utilizzo della tecnica FMECA per i processi che hanno una valutazione del rischio superiore a basso. La descrizione degli output della tecnica FMECA sono riportati in uno specifico documento adottato all'interno del Sistema di gestione per la Qualità e del Sistema di prevenzione dei reati corruttivi di OPI Roma.

Una volta individuati i failure mode (potenziali rischi) "prioritari" sarà necessario migliorare e monitorare i processi attraverso azioni di miglioramento, il tutto per ridurre la probabilità di accadimento di eventi indesiderati.

28. RIESAME DELLA DIREZIONE

Gli Organi Dirigenti riesaminano almeno annualmente il sistema di gestione anti-corrruzione OPI Roma, al fine di garantire la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia.

Il riesame tiene conto:

- a) dello stato delle azioni derivanti da precedenti riesami;
- b) dei cambiamenti nelle questioni interne ed esterne che sono rilevanti per il sistema di gestione anti-corrruzione;
- c) delle informazioni sulle prestazioni del sistema di gestione anti-corrruzione, incluso l'andamento:
 - 1) delle non conformità e delle azioni correttive;
 - 2) dei risultati di monitoraggio e valutazione;
 - 3) dei risultati degli audit;
 - 4) delle segnalazioni di corruzione;
 - 5) dei risultati delle indagini;
 - 6) della natura ed entità dei rischi di corruzione che deve affrontare l'organizzazione;
- d) dell'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi di corruzione;
- e) delle opportunità per il miglioramento continuo del sistema di gestione anti-corrruzione;

L'output del riesame deve includere le decisioni relative alle opportunità di miglioramento continuo e l'eventuale necessità di modifiche al sistema di gestione anti-corrruzione.

OPI Roma conserva le informazioni documentate come evidenza dei risultati del riesame.

29. MODALITA' DI VERIFICA ED INDICATORI

Allo scopo di verificare l'aderenza dei soggetti coinvolti alle indicazioni previste dal Piano ed al fine di verificare il livello di adeguatezza del dispositivo di sicurezza adottato è proposto al Consiglio Direttivo da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione in cooperazione con il Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità un Planning Internal Audit (cfr Allegato 9). Inoltre con frequenza minima annuale ed ad ogni cambiamento organizzativo è rivalutato il livello di rischio corruttivo emerso in fase di prima analisi. Le attività di Risk assessment, finalizzate a valutare l'esposizione alle minacce, prevedono:

- 1) eventuale aggiornamento della Mappa dei processi con adeguamento alla nuova realtà organizzativa;
- 2) identificazione dei nuovi rischi e aggiornamento del livello di rischio di quelli già individuati con rappresentazione del ventaglio delle minacce associate alla nuova realtà organizzativa.
- 3) valutazione qualitativa e quantitativa del rischio (risk scoring).

Inoltre sono misurati gli indicatori presenti in tabella. La responsabilità di misurazione degli indicatori è a carico del Responsabile della Prevenzione della Corruzione in cooperazione con il Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità.

Le risultanze degli audit in forma sintetica e le misure relative agli indicatori sono trasmesse annualmente al Consiglio Direttivo dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione in cooperazione con il Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità e sono utilizzate come dati di input per il riesame annuale dell'OPI di Roma.



Razionale	Tipo di indicatore	Indicatore	Valore di riferimento	Frequenza di rilevazione	Responsabilità di rilevazione
Verificare il livello di conoscenza del Piano	Struttura	N. di soggetti coinvolti nell'implementazione del Piano che hanno partecipato ad un evento formativo sulla prevenzione degli corruttivi e sulla trasparenza/N.° totale soggetti coinvolti nell'implementazione del Piano x 100	100%	annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione

30. APPROVAZIONE E REVISIONE

Il Piano è predisposto dal RPCT con il supporto del GLMC ed è approvato dal Presidente.

Il Piano, a seguito delle verifiche svolte dal GLMC e dell'approvazione del Presidente è sottoposto alla verifica del Consiglio Direttivo che ne delibera l'approvazione.

E' revisionato per esigenze di adeguamento alle eventuali future indicazioni provenienti da fonti nazionali o regionali in materia. In ogni caso è verificata annualmente la coerenza del piano con la realtà organizzativa dell'OPI di Roma e con le disposizioni di legge. Gli aggiornamenti del Piano sono proposti dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e approvate con provvedimento del Consiglio Direttivo. La revisione del Piano prevede il suo aggiornamento sul sito istituzionale nonché comunicazione mezzo PEC a tutti i dipendenti ed i soggetti coinvolti all'interno dell'OPI di Roma.

31. ALLEGATI

- Allegato 1 Valutazione del contesto interno
- Allegato 2 Valutazione del contesto esterno
- Allegato 3 Mappa dei processi
- Allegato 4 Schede sinottiche sul rischio
- Allegato 5 Catalogo dei rischi e misure di contenimento
- Allegato 6 FMECA per CECRI
- Allegato 7 Tabella degli obblighi di pubblicazione
- Allegato 8 Attività da conseguire 2021
- Allegato 9 Planning internal audit