

Sommario

Allegato 2.3. La prevenzione della corruzione e la trasparenza in Ateneo	3
2.3.1. Analisi del contesto di riferimento e processo seguito per la elaborazione della sezione del PIAO Rischi corruttivi e trasparenza.....	3
1. Analisi del Contesto esterno	3
2. Analisi del Contesto interno.....	4
2.3.2. Rotazione ordinaria del personale e misure di contenimento del rischio.....	5
1. Rotazione ordinaria del personale.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
2. Misure di contenimento e confinamento del rischio.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
2.3.3. Ulteriori misure generali finalizzate alla prevenzione della corruzione	6
1. Formazione sui temi dell’etica, della legalità e dell’anticorruzione.....	6
2. Codice di comportamento.....	7
3. Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	8
3.1. Controlli sul conflitto di interessi	8
4. Disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d’ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali e di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti.....	9
5. Disciplina specifica in materia di formazione di Commissioni, assegnazioni agli Uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica Amministrazione.....	9
6. Disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage).....	10
2.3.4 La disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito	11
1. Ambito soggettivo	11
2. Ambito oggettivo	11
3. Canali di segnalazione.....	12
3.1. Canali interni	12
3.2. Canale esterno: piattaforma ANAC.....	13
3.3. Divulgazione pubblica.....	13
3.4. Denuncia all’Autorità giudiziaria o contabile.....	13
4. Procedura interna.....	13
4.1. Fase dell’iniziativa.....	14
4.2. Fase dell’istruttoria	15
4.3. Fase decisoria	15
5. Tutele del segnalante	16

2.3.5. Gestione del rischio di corruzione: Mappatura dei processi, Valutazione e Trattamento del rischio	17
1. Introduzione.....	17
2. Mappatura dei Processi	18
2.1. Metodologia adottata per la mappatura dei processi	18
2.2 Catalogo dei processi	19
3. Valutazione del rischio	19
3.1. Metodologia adottata per la valutazione del rischio	19
3.2. Identificazione del rischio e il registro dei rischi.....	20
3.3. Analisi del rischio.....	21
3.4. Ponderazione del rischio	28
4. Trattamento del rischio	28
4.1. Schede di programmazione delle misure	28
2.3.6 Programma della trasparenza	29
1. Parte Generale	29
2. Procedura per la pubblicazione di atti e dati sul sito web di Ateneo, monitoraggio, attività di controllo della Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) di Ateneo.....	30
3. Bilanciamento tra trasparenza e privacy	32
4. Misure per assicurare l’efficacia dell’istituto dell’accesso civico “semplice” e “generalizzato”	32
2.3.7. Monitoraggio dei rapporti tra l’Amministrazione e soggetti esterni e Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.....	33
1. Rapporti con imprese	33
2. Rapporti con enti partecipati.....	33
3. Rapporti con la società civile	33

Allegato 2.3. La prevenzione della corruzione e la trasparenza in Ateneo

2.3.1. Analisi del contesto di riferimento e processo seguito per la elaborazione della sezione del PIAO Rischi corruttivi e trasparenza

1. Analisi del Contesto esterno

Con riguardo al contesto esterno¹ nel quale opera il nostro Ateneo, come ricordato anche dall'**Anac**², *“Le forme di condizionamento dell'apparato pubblico più estese e pervasive si registrano prevalentemente a livello locale (specie al Sud), secondo forme di penetrazione capillare nel tessuto sociale, economico-imprenditoriale, politico e istituzionale”*; anche per l'anno 2025 si conferma che il principale ambito di corruzione si ravvisa nel settore degli appalti pubblici, a cui è ascrivibile una percentuale molto elevata dei fenomeni corruttivi, seguita in percentuali minori dai concorsi, le concessioni edilizie e procedimenti amministrativi vari e le frodi informatiche.

Ai fini dell'analisi del contesto esterno, ulteriori dati dai quali non si può prescindere sono quelli relativi al tasso di povertà e alla dispersione scolastica – fenomeni entrambi presenti in Campania in percentuali notevolmente elevate – nonché alla presenza criminale di tipo mafioso, che in tale territorio si manifesta come fenomeno complesso e con caratteristiche particolari.

Invero in Campania risulta confermato che le dinamiche criminali sono fortemente condizionate dalla presenza del fenomeno associativo di natura camorristica e tra le principali attività illecite svolte in forma organizzata si conferma l'attività di infiltrazione e corruzione delle PP.AA. o degli apparati economico finanziari.

I consistenti capitali illeciti di cui dispongono tali organizzazioni, derivanti soprattutto dal traffico di stupefacenti, sono reimpiegati nell'economia legale; ciò comporta una alterazione delle normali regole di mercato, consentendo alle organizzazioni di acquisire posizioni dominanti o monopolistiche in interi comparti economici³.

Frequenti risultano i casi di ingerenza all'interno della pubblica amministrazione campana volti a condizionare i regolari processi decisionali per l'affidamento degli appalti pubblici, settore di prioritario interesse criminale.⁴

Anche per il 2025 si conferma quindi un *“inquinamento della pubblica amministrazione con la conseguente compromissione della vita politico-amministrativa... nell'assegnazione degli appalti”*; risultano in aumento i reati contro la P.A., le truffe e frodi informatiche.

¹ L'analisi del contesto esterno ha l'obiettivo di evidenziare come le peculiarità dell'ambiente nel quale l'Amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. In particolare, la valutazione del contesto esterno riguarda le caratteristiche dell'ambiente, le dinamiche sociali, territoriali e settoriali e in che modo i portatori di interessi esterni possono influenzare le attività e gli interlocutori dell'ente; riguarda altresì come le caratteristiche ambientali possano incidere sul verificarsi di fenomeni corruttivi in senso ampio, come possono condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio delle misure di prevenzione. L'importanza di tale processo è esplicitamente indicata nel PTPCT 2023-2025 dell'Anac, nel quale è previsto che l'analisi del contesto esterno fornisce all'amministrazione le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'amministrazione o l'ente agiscono. A ciò si aggiunga che l'analisi del contesto esterno ed interno diventa presupposto dell'intero processo di pianificazione del PIAO, utile per la scelta delle strategie capaci di produrre valore pubblico; ne risulta in questo modo rafforzata anche la logica di integrazione tra gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza e gli altri obiettivi programmatici dell'amministrazione, richiesta dal su citato PTPCT 2023-2025.

² Dal rapporto Anac *“La Corruzione in Italia (2016-2019) Numeri, luoghi e contropartite del malaffare”*.

³ Piano Integrato di attività e organizzazione triennio 2025/2027 - Unioncamere Campania.

⁴ cfr. nota 3.

In sintesi, la criminalità organizzata in Campania è ancora una realtà complessa e radicata, con la Camorra e la Ndrangheta che continuano a controllare attività illegali e a infiltrarsi nell'economia legale, nonostante le forti misure di contrasto messe in atto dalle autorità⁵.

Nell'opera di contrasto alla distrazione/sottrazione delle risorse pubbliche il ruolo della Guardia di Finanza risulta essenziale. Proprio in considerazione della notevole incidenza dell'operato della Guardia di Finanza sul territorio, l'Ateneo ha siglato un [protocollo d'intesa](#) con la Guardia di Finanza finalizzato principalmente a consolidare la collaborazione e a garantire in generale un presidio di legalità ed, in dettaglio, a tutela del corretto impiego delle risorse provenienti dal programma di investimento Next Generation EU, con specifico riguardo agli interventi finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) e dal Piano complementare, nell'ambito della missione "Istruzione e Ricerca".

Con la sottoscrizione di tale protocollo si è quindi inteso rafforzare una collaborazione volta alla realizzazione di un tempestivo flusso informativo per la tutela della spesa pubblica nazionale e comunitaria, mediante invio di dati, informazioni, notizie qualificate, valutazioni sul rischio frode e analisi di contesto utili per la prevenzione e la repressione di irregolarità, frodi e abusi.

2. Analisi del Contesto interno

Per una panoramica aggiornata dell'organizzazione dell'Ateneo e della complessità dello stesso, si fa rinvio alla specifica sezione del PIAO: cfr. *Sezione 3 - Organizzazione e capitale umano*.

Per l'analisi di contesto interno sono state analizzate alcune tra le fonti interne di maggior rilevanza, ovvero i dati comunicati dai competenti Uffici di *staff* del Direttore Generale e dell'Area *Affari legali Privacy e Trattamenti Accessori e Pensionistici*, dai quali risulta che nel 2025:

a) in relazione agli incarichi extraistituzionali, sono stati autorizzati al personale tecnico-amministrativo e dirigente n. 132 incarichi extraistituzionali retribuiti, e sono state negate n. 2 autorizzazioni. Sono, inoltre, pervenute n. 78 comunicazioni di incarichi extraistituzionali liberamente esercitabili, ai sensi dell'art. 53, comma 6, d.lgs. 165/2001 e n. 16 comunicazioni di incarichi extraistituzionali svolti a titolo gratuito. Relativamente al personale docente e ricercatore sono state rilasciate n. 588 autorizzazioni per incarichi extraistituzionali, di cui n. 440 a titolo retribuito e n. 148 a titolo gratuito, e sono state negate n. 2 autorizzazioni;

A conclusione della verifica ordinaria effettuata ai sensi della legge n. 662/96 e del Regolamento di Ateneo del Servizio Ispettivo nei confronti delle n. 92 unità di personale tecnico-amministrativo e dirigente sorteggiate, è stata accertata una sola violazione, che ha riguardato un'unità di personale tecnico-amministrativo; nei confronti delle n. 117 unità di personale docente e ricercatore sorteggiate, sono state accertate n. 2 violazioni riguardanti lo svolgimento di attività extraistituzionale a titolo gratuito non autorizzate e n. 1 attività extraistituzionale a titolo retribuito non autorizzata per la quale si è provveduto ad effettuare il recupero del compenso indebitamente percepito;

b) in relazione ai procedimenti disciplinari: n. 3 avviati nel 2024 si sono conclusi nel 2025 con un'archiviazione e due sanzioni (rimprovero scritto per violazione di un ordine di servizio e licenziamento senza preavviso per lo svolgimento di attività incompatibile); di n. 3 procedimenti avviati nel 2025 uno è stato archiviato, uno è ancora in corso ed uno si è estinto ai sensi del combinato disposto degli art. 55bis, comma 9, d.lgs. 165/2001 e art. 9, comma 1, del vigente Regolamento di Ateneo sulle procedure disciplinari per il personale tecnico-amministrativo e dirigente, emanato con D.R. n. 12 del 7.1.2019 per dimissioni del dipendente;

c) relativamente ai contenziosi dinnanzi alle giurisdizioni contabili nei confronti di personale docente per violazione dell'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001, vi è un giudizio pendente in primo grado, un giudizio

⁵ (cfr. nota 3, cit)

pendente in appello avverso una sentenza di condanna ed una sentenza di condanna a seguito della quale vi è stato un pagamento spontaneo;

d) relativamente ai contenziosi dinnanzi al giudice del lavoro nei confronti dell'Ateneo vi è stata una condanna con conseguente diritto al pagamento di differenze retributive per le mansioni svolte e tre condanne con conseguente diritto all'adeguamento dei trattamenti economici percepiti ex art. 6 dl.vo 517/99;

e) nessun reato commesso da dipendenti dell'Ateneo nell'esercizio delle proprie funzioni;

f) n. 18 segnalazioni pervenute tramite canali riservati alle quali è stato dato seguito adottando i provvedimenti di competenza, di cui n. 8 aventi ad oggetto disservizi o comportamenti scorretti da parte di personale docente e tecnico-organizzativo; n. 2 aventi ad oggetto una campagna di *pishing* ai danni di altra Università e l'utilizzo di credenziali appartenenti al dominio unina.it rilevate in un'attività fraudolenta; n. 1 avente ad oggetto un utilizzo improprio dell'immagine dell'Ateneo; n. 1 per uso improprio del titolo di docente dell'Università degli Studi di Napoli Federico II; n. 1 avente ad oggetto una presunta irregolarità in un concorso per professore associato; n. 1 richiesta di sospensione/annullamento di un concorso per esami di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di Ingegnere; n. 2 in materia di appalti pubblici di cui una avente ad oggetto un possibile conflitto di interessi ed un'altra su un presunto favoreggiamento; n.1 per presunta violazione della privacy di un dipendente; n. 1 avente ad oggetto una irregolarità nella verbalizzazione relativa all'approvazione del Piano Triennale di Sviluppo e Programmazione (PTSP) di un Dipartimento nonché in merito ai criteri di valutazione adottati per l'approvazione stessa;

g) una segnalazione pervenuta tramite la piattaforma del *whistleblowing* avente ad oggetto una procedura concorsuale di chiamata per professore ordinario.

Per quanto attiene al livello di percezione della corruzione in Ateneo, in attuazione di specifica azione programmata anche per il 2025 (appendice 2.2.A del PIAO 25/27) è stato somministrato un sondaggio anonimo rivolto ai Direttori/Direttrici/Presidenti dei Centri di Ateneo/di Ricerca/di Servizio/Interdipartimentali/Interuniversitari/Museali.

Continua ad evidenziarsi una partecipazione molto limitata al sondaggio, ma coloro che hanno risposto hanno dichiarato di avere una buona conoscenza della normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, del Codice di Comportamento dell'Ateneo, della Sezione *Rischi corruttivi e Trasparenza* del P.I.A.O. di Ateneo e di essere a conoscenza dell'esistenza della piattaforma Whistleblowing di Ateneo; solo un intervistato ha dichiarato di avere avuto notizia e/o assistito ad abusi o fenomeni corruttivi in modo sporadico.

2.3.2. Rotazione ordinaria del personale e misure di contenimento del rischio

La rotazione ordinaria del personale è una misura generale di prevenzione della corruzione: diversamente dalla rotazione cd. “straordinaria”⁶, quella ordinaria è un'autentica misura di prevenzione, in quanto tende ad evitare il formarsi ed il consolidarsi di posizioni di monopolio decisionale o di accesso ad informazioni privilegiate in ambiti esposti al rischio di corruzione, favorendo la circolazione delle competenze e di dati ed informazioni e, in ultima analisi, il controllo esterno/interno ed il miglioramento complessivo della qualità dell'azione amministrativa.

Nell'anno 2025 si è proceduto alla rotazione ordinaria con riferimento all'Area Edilizia, che gestisce un numero molto elevato di processi a rischio *alto*, come risultava dall'appendice 2.3.B al PIAO 2025/2027. Nel triennio 2026/2028 è prevista la rotazione dell'incarico di RPCT.

⁶ La rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-quater del d. lgs. 165/01 si configura, essenzialmente, come misura successiva (e non preventiva) da adottarsi in conseguenza dell'effettivo riscontro di fatti e condotte di natura corruttiva cui segua l'avvio di un procedimento penale o disciplinare.

Nell’ambito di tutti i processi a rischio corruzione ALTO delle Aree il cui dirigente ricopra l’incarico da oltre 6 anni e non sia coinvolto nella rotazione ordinaria, è previsto il ricorso alle seguenti misure di contenimento e confinamento del rischio:

- A. in calce a ciascun atto dovrà essere indicato con chiarezza il nominativo del personale che (a vario titolo e nel rispetto del grado di autonomia correlato alla categoria di appartenenza) ha contribuito all’istruttoria;
- B. il dirigente di norma non potrà assumere nei procedimenti di competenza anche la veste di responsabile del procedimento; in caso di impossibilità di rispettare tale disposizione, il dirigente dovrà inviare una dettagliata relazione al Direttore generale che potrà acquisire, se del caso, un parere in merito anche da parte di altri soggetti/organi di Ateneo;
- C. le note a firma del Dirigente/DG/Rettore (ad eccezione di quelle aventi natura di mera comunicazione/notifica di provvedimenti già adottati), prima dell’invio al dirigente dell’Area, dovranno essere firmate dai capi Ufficio in qualità di Responsabili dei relativi procedimenti;
- D. ciascun atto dovrà recare la firma del responsabile del procedimento, del dirigente e del soggetto competente all’emanazione; pertanto, considerato che quest’ultimo in alcuni casi coincide con lo stesso dirigente, l’atto recherà almeno una doppia firma; qualora l’atto non sia firmato dal responsabile del procedimento in quanto il dirigente ha ritenuto di discostarsi dalla proposta formulata dallo stesso all’esito dell’istruttoria, il responsabile e il dirigente dovranno inviare una dettagliata relazione al Direttore generale che potrà acquisire, se del caso, un parere in merito anche da parte di altri soggetti/organi di Ateneo;
- E. per i provvedimenti registrati nel repertorio IA, prima dell’invio all’organo competente per la sottoscrizione, dovrà essere riportato – all’atto dell’invio tramite la piattaforma di protocollo E-grammata - necessariamente il VISTO da parte del Capo Ufficio in qualità di Responsabile del relativo procedimento (o, in caso di assenza, da parte del facente funzione); qualora l’atto non sia vistato dal Capo Ufficio (o, in caso di assenza, da parte del facente funzione) in quanto il dirigente ha ritenuto di discostarsi dalla proposta formulata dallo stesso all’esito dell’istruttoria, il responsabile e il dirigente dovranno inviare una dettagliata relazione al Direttore generale che potrà acquisire, se del caso, un parere in merito anche da parte di altri soggetti/organi di Ateneo.

2.3.3. Ulteriori misure generali finalizzate alla prevenzione della corruzione

1. Formazione sui temi dell’etica, della legalità e dell’anticorruzione

La formazione è considerata senz’altro una tra le principali misure di prevenzione della corruzione dell’Ateneo, quale strumento strategico di promozione e diffusione della cultura della legalità.

La formazione di livello generale comprende le azioni formative finalizzate a consolidare le competenze in materia di etica, prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità, per migliorare la capacità del personale di Ateneo di prendere decisioni che contribuiscano alla creazione di **valore pubblico**.

La formazione di livello specifico è diretta ai seguenti destinatari:

- Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT);
- Dirigenti dell’Ateneo – nella qualità di Referenti dell’Anticorruzione delle Strutture dell’Amministrazione – e unità di personale che curano processi nelle specifiche aree di rischio.

La formazione specifica di talune figure apicali assume particolare rilievo, in quanto consente alle stesse, in un meccanismo formativo di tipo *top-down*, di assumere la veste di formatori interni, ossia di diffondere le conoscenze acquisite, anche tramite *focus group*.

Come evidenziato nella sezione 3.4 del PIAO, per il triennio 2026/2028 sono previste almeno **n.3 ore** di formazione obbligatoria in materia di **etica, prevenzione della corruzione e trasparenza e integrità**,

per tutto il personale t.a. e dirigenziale; l’organizzazione delle attività formative di dettaglio in materia – con una prova finale - è effettuata su proposta della RPCT di Ateneo e dell’Ufficio Etica e Trasparenza.

L’Ufficio formazione (U.F.O.) e la RPCT curano inoltre l’organizzazione di corsi nelle specifiche aree di rischio, riportati nel *Catalogo corsi* aggiornato nella piattaforma *U-web Formazione*; ulteriori corsi possono essere proposti dal singolo dirigente/responsabile di Struttura o dai Funzionari/Elevate Professionalità con incarico di responsabilità, per specifiche esigenze (ad es. in seguito all’introduzione di novità normative).

L’Ateneo, in attuazione della pianificazione riportata nella sezione 3.4 del P.I.A.O., attiva anche nel triennio 2026/2028 un percorso di formazione in ingresso rivolto alle unità di personale tecnico-amministrativo di nuova assunzione per illustrare la struttura organizzativa dell’Ateneo, le principali piattaforme informatiche in uso, la regolamentazione interna e i documenti di maggiore interesse.

Si evidenzia che nell’ambito di tale percorso formativo per i neoassunti saranno, tra l’altro, illustrati:

- a cura della Responsabile dell’Ufficio Etica e Trasparenza (UET), la strategia di Ateneo per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, nonché la procedura in uso in Ateneo per le segnalazioni *whistleblowing*;
- a cura della Responsabile dell’Ufficio Assenze e Presenze del Personale Contrattualizzato (UAPPC), le regole relative alla presenza e all’assenza dal servizio;
- a cura della Responsabile dell’Ufficio Affari Speciali del Personale (UASP), il codice di comportamento di Ateneo.

Per quanto riguarda gli approcci didattici, per la formazione di livello generale proseguirà preferibilmente il ricorso a metodologie telematiche, stante la numerosità del personale coinvolto.

L’organizzazione delle iniziative avverrà *in house* (piattaforma del Centro Federica di Ateneo o piattaforma Teams) o, in alternativa, presso la SNA e mediante corsi offerti sul mercato.

2. Codice di comportamento

Tra le misure chiave della complessiva strategia delineata dalla L. n. 190/2012 rientra l’adozione dei Codici di comportamento, diretti a regolare le condotte dei pubblici dipendenti e ad orientarle verso la miglior cura dell’interesse pubblico.

L’ANAC è intervenuta con il PNA 2022, evidenziando che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del valore pubblico e che, per favorire la creazione di valore pubblico occorre anche migliorare la regolamentazione interna, a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi.

In considerazione delle novità normative intervenute negli ultimi anni (cfr., in particolare, il d.P.R. 13 giugno 2023, n. 81), la Dirigente dell’Area Organizzazione e Sviluppo, nella qualità di Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT) di Ateneo, con l’ausilio dell’Ufficio Etica e Trasparenza (UET) e dell’Ufficio Affari Speciali del Personale (UASP) ha predisposto un’ipotesi di aggiornamento del vigente Codice di comportamento di Ateneo approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione del 29.01.2015, n. 47.

Nel rispetto di quanto previsto dall’art. 54, comma 5, del d.lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm.ii., con avviso pubblicato sul sito web di Ateneo in data 07/07/2025, è stata avviata una consultazione pubblica preventiva, per promuovere la partecipazione attiva della Comunità universitaria e, più in generale, di tutti gli *stakeholder*, con l’invito a trasmettere entro il 15/09/2025 proposte ed osservazioni utili all’aggiornamento del Codice di comportamento di Ateneo. È pervenuto un solo contributo e la RPCT di Ateneo ha ritenuto di dare parziale seguito ad un’osservazione formulata sul mancato uso del linguaggio di genere nell’ipotesi di aggiornamento pubblicata: è stato, quindi, riformulato l’intero testo del Codice,

declinando i termini sia al maschile che al femminile, secondo la prassi sul linguaggio di genere seguita di recente anche per testi ufficiali approvati dal Comitato Unico di Garanzia di Ateneo.

Pertanto, con nota Protocollo Generale n. 146626 del 28/10/2025 la RPCT di Ateneo ha sottoposto al Nucleo di Valutazione di Ateneo la suindicata ipotesi di aggiornamento del Codice di comportamento ai fini dell’acquisizione del parere obbligatorio previsto dalla vigente normativa. Il Nucleo di Valutazione di Ateneo, con verbale n. 12 del 04.11.2025, ha espresso parere favorevole.

Il Consiglio di Amministrazione di Ateneo con delibera n. 87 del 26.11.2025 ha approvato il testo del vigente codice di comportamento di Ateneo (appendice 2.3.D al PIAO, visualizzabile anche nell’apposita [pagina del sito web di Ateneo](#)).

3. Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Il conflitto di interessi, gli obblighi di dichiarazione ed astensione posti a carico del dipendente sono espressamente disciplinati nel Codice di Comportamento di Ateneo.

Al riguardo, sull’apposita [pagina del sito web di Ateneo](#), è possibile consultare le note con cui sono state diramate a tutti gli Uffici e Strutture di Ateneo, tra l’altro, specifiche istruzioni relative agli adempimenti connessi alle ipotesi eventuali di conflitto di interesse; nella medesima pagina sono inoltre disponibili i *facsimile* da utilizzare per le dichiarazioni da rendere in attuazione del Codice di Comportamento di Ateneo e per la [comunicazione in merito all’astensione in caso di conflitto di interessi](#).

Infine, proseguirà anche nel triennio 2026/2028 la sensibilizzazione sull’individuazione e “riconoscimento” in concreto delle situazioni di conflitto e sui relativi doveri attraverso iniziative formative in materia.

3.1. Controlli sul conflitto di interessi

Nel triennio 2026/2028 sono confermate – e arricchite a seguito di una segnalazione pervenuta – le misure relative alle dichiarazioni di assenza di conflitto; ai fini del controllo a campione delle stesse, si procederà con le modalità di seguito riportate, che tengono conto delle risorse disponibili e del carico di lavoro degli Uffici coinvolti.

Proseguirà - in attuazione di specifica azione programmata nell’appendice 2.3.A del PIAO - la verifica annua delle dichiarazioni sull’assenza di conflitti di interesse rese (dai vari soggetti a ciò tenuti in attuazione della vigente normativa e del PIAO di Ateneo) nell’ambito di due procedure di affidamento, estratte a sorte tra tutte le procedure di gara aggiudicate dall’Università nel periodo di riferimento; la verifica 2026 sarà effettuata con riferimento al periodo 01/07/2025 - 30/06/2026.

Il campione da sottoporre a verifica ordinaria viene determinato con un’estrazione casuale, effettuata nel secondo semestre di ciascun anno mediante apposita procedura informatica predisposta dal Centro di Ateneo per i Servizi Informativi (già utilizzata in Ateneo per altre estrazioni), previa pubblicazione sul sito web di Ateneo di un apposito avviso; a titolo esemplificativo, si veda [l’avviso relativo allo svolgimento del sorteggio](#) effettuato nel 2025.

In attuazione di una specifica azione introdotta con il P.I.A.O. 2024/2026 e confermata anche per il triennio 2026-2028 nella succitata appendice 2.3.A del PIAO di Ateneo, proseguirà la verifica delle dichiarazioni sull’assenza di conflitti di interesse rese all’atto dell’assegnazione all’Ufficio/struttura di appartenenza.

nuova sede di servizio dal 1° ottobre 2025 al 30 settembre 2026 - viene determinato con un’estrazione casuale, mediante la predetta procedura informatica predisposta dal Centro di Ateneo per i Servizi Informativi, anche in tal caso previa pubblicazione sul sito web di Ateneo di un apposito avviso; a titolo esemplificativo, si veda l’ [avviso relativo allo svolgimento del sorteggio](#) effettuato nell’anno 2025.

All’attività di verifica a campione “ordinaria” di cui sopra si affiancherà un’attività di verifica “straordinaria” in ordine alle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rese in qualsiasi tipologia di procedura (quindi anche al di fuori dell’area di rischio dei contratti pubblici) a seguito di eventuali segnalazioni, pervenute anche mediante la piattaforma del *whistleblowing*.

Con specifico riferimento agli incarichi dirigenziali, si segnala che, già con nota prot. 49422/2014, sono state fornite indicazioni in ordine agli adempimenti relativi ad eventuali ipotesi di conflitto di interesse e, alle stesse, è stata data attuazione a partire dall'anno 2015. L'Ufficio Affari Speciali del Personale (UASP) acquisisce le dichiarazioni dei redditi e le dichiarazioni sostitutive trasmesse dai dirigenti, provvede ad esaminare le dichiarazioni rese dagli stessi ai sensi dell'art. 13 dei vigenti codici di Comportamento nazionale e di Ateneo ed a confrontare le dichiarazioni dei redditi relative a ciascun anno di presentazione rispetto a quelle acquisite per l'anno precedente.

L'UASP, inoltre, provvede a verificare, presso le competenti sedi territoriali dell'Agenzia delle Entrate, l'assenza di dichiarazioni di redditi per i Dirigenti che - relativamente all'anno oggetto della verifica - non ne hanno dichiarato la presentazione (misura confermata nel presente Piano).

4. Disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali e di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti

Come è noto, la L. n. 190 del 2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 ed il d.lgs. n. 39 del 2013 ha innovato - in ottica di prevenzione - la disciplina in materia di inconfiribilità di incarichi presso le pubbliche Amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.

In attuazione di tale normativa questo Ateneo ha provveduto ad adeguare il Regolamento sugli incarichi extraistituzionali al personale tecnico- amministrativo e dirigenziale con D.R. n. 1651 del 18.05.2015 assieme alla relativa modulistica reperibile nell'apposita [pagina del sito web di Ateneo](#) ed, altresì, a richiedere ai Dirigenti dell'Ateneo di produrre specifiche dichiarazioni in ordine alla insussistenza di cause di inconfiribilità ostative alla permanenza dell'incarico dirigenziale. Tali dichiarazioni sono pubblicate sul sito di Ateneo all'indirizzo <https://www.unina.it/it/ateneo/trasparenza/personale/dirigenti>.

In continuità con le annualità precedenti, per gli incarichi dirigenziali e di vertice (incarico di Direttore Generale) nell'Ateneo, è prevista - quale specifica misura di prevenzione della corruzione da attuare qualora siano attribuiti nuovi incarichi - l'acquisizione dei certificati del casellario giudiziario e dei carichi pendenti da parte della Procura della Repubblica competente, in funzione di verifica delle specifiche dichiarazioni rese dai Dirigenti in ordine alla insussistenza di cause di inconfiribilità.

Inoltre, si continua a richiedere ai Dirigenti dell'Ateneo di produrre specifiche dichiarazioni in ordine alla insussistenza di cause di incompatibilità ostative alla permanenza dell'incarico dirigenziale. Le dichiarazioni rese sono pubblicate sul sito di Ateneo all'indirizzo <https://www.unina.it/it/ateneo/trasparenza/personale/dirigenti>.

Infine, in continuità con le annualità precedenti, anche per il triennio 2026/2028, con riferimento al conferimento di incarichi dirigenziali e di vertice nell'Ateneo, si prevede, quale specifica misura di prevenzione della corruzione, la verifica sull'eventuale iscrizione al registro delle imprese presso la Camera di Commercio, dell'Industria e dell'Artigianato, con un controllo su tutto il territorio nazionale, in funzione di verifica delle specifiche dichiarazioni rese da tali soggetti in ordine alla insussistenza di cause di incompatibilità.

5. Disciplina specifica in materia di formazione di Commissioni, assegnazioni agli Uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica Amministrazione

In attuazione dell'art. 35 bis del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i., questo Ateneo ha adottato:

1. il Regolamento per l'accesso ai ruoli a tempo indeterminato del personale tecnico-amministrativo;
2. il Regolamento per l'affidamento di incarichi di lavoro autonomo presso l'Università degli Studi Federico II;
3. il Regolamento per l'accesso al ruolo a tempo indeterminato del personale dirigente di II fascia e modalità di conferimento di incarichi dirigenziali di II fascia, a tempo determinato, a persone non appartenenti al ruolo dirigenziale.

Inoltre, vengono acquisite specifiche dichiarazioni in ordine all'assenza delle condizioni ostative di cui all'art. 35 bis da parte dei membri delle Commissioni di concorso e di procedure selettive, dei membri delle Commissioni per l'erogazione di sussidi al personale dipendente e dei responsabili degli uffici di cui al punto b) dell'articolo medesimo.

In continuità con quanto già svolto negli anni precedenti, nel 2025 sono stati effettuati i controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai soggetti di cui sopra; tale attività di controllo prosegue anche nel triennio 2026/2028; la modulistica di Ateneo in materia è stata aggiornata alle modifiche normative intervenute.

6. Disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage*)

Tra le misure di prevenzione della corruzione, particolare rilievo assume il divieto di *pantouflage* previsto dagli artt. 53, co.16 ter, d. lgs n.165/2001 e 21 del d.lgs. n. 39/2013, ai sensi dei quali i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego (cd. "*periodo di raffreddamento*"), attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Questa Amministrazione per combattere il fenomeno del *pantouflage* ha adottato e diverse misure specifiche.

Già dall'anno 2015, si è prevista la sottoscrizione di una appendice integrativa nei contratti di assunzione del personale dirigenziale, contenente una clausola con il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con l'Amministrazione presso i destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente; allo stato tale clausola è inserita in tutti i contratti di assunzione del personale dirigenziale.

Successivamente, nel corso degli anni, sono state introdotte le seguenti misure:

A. nei contratti di affidamento stipulati viene inserita la clausola di seguito riportata: "*il contraente dichiara di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei propri confronti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto; di essere consapevole che, ai sensi del predetto art. 53, comma 16-ter, i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di tali prescrizioni sono nulli e che è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti; di impegnarsi, laddove la stazione appaltante lo richieda, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. n. 165/2001, ad inviare l'organigramma aggiornato di tutti i dipendenti (a qualunque titolo assunti aventi funzioni negoziali e/o poteri autoritativi) afferenti gli ultimi tre anni a far data dal provvedimento di aggiudicazione/affidamento relativo alla procedura di cui al presente contratto*";

B. per gli affidamenti diretti, in sede di avvio delle trattative e nella comunicazione di avvenuto affidamento, vengono ricordate espressamente agli affidatari le prescrizioni dell'art. 53, comma 16-ter (riportandone per esteso il testo) e le sanzioni ivi previste per le eventuali violazioni.

2.3.4 La disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito

Di seguito viene illustrata la procedura utilizzata dall'Ateneo per la trattazione delle segnalazioni *Whistleblowing*, nel rispetto dell'attuale quadro normativo di riferimento⁷.

1. Ambito soggettivo

Possono effettuare una segnalazione whistleblowing avvalendosi delle tutele predisposte dalla normativa nazionale le seguenti categorie di soggetti:

- a) dirigenti e personale tecnico-amministrativo a tempo indeterminato e determinato;
- b) professori e ricercatori a tempo indeterminato e ricercatori a tempo determinato;
- c) professori e ricercatori a tempo indeterminato e a tempo determinato di altro Ateneo titolari di incarichi di insegnamento presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II;
- d) docenti a contratto; collaboratori linguistici e lettori; assegnisti di ricerca;
- e) liberi professionisti e consulenti che prestano la propria attività presso l'Ateneo;
- f) lavoratori autonomi che svolgono la propria attività lavorativa presso l'Ateneo;
- g) lavoratori o collaboratori che svolgono la propria attività lavorativa presso l'Ateneo;
- h) volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti, che prestano la propria attività presso l'Ateneo.

2. Ambito oggettivo

Possono essere oggetto della segnalazione *Whistleblowing* le violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'Ateneo commesse nell'ambito dell'organizzazione dell'ente. L'oggetto della segnalazione deve riguardare comportamenti, atti od omissioni di cui il segnalante o il denunciante sia venuto a conoscenza nel contesto lavorativo, rilevando, a tal fine, l'esistenza di una relazione qualificata tra il segnalante e l'Ateneo. Possono essere segnalati i fatti appresi in virtù dell'ufficio ricoperto, ma anche notizie acquisite in occasione e/o a causa dello svolgimento delle mansioni lavorative, sia pure in modo casuale.

Si rinvia alla tipizzazione degli illeciti rilevanti ai fini delle segnalazioni contenuta nell'art. 2 d.lgs. n. 24/2023 e specificata nelle Linee Guida ANAC di cui alla delibera n. 311/2023 (cfr. § 2.1.delle LLGG).

Nell'effettuare la segnalazione il segnalante è tenuto a:

- a) chiarire le circostanze di tempo e di luogo in cui si è verificato il fatto oggetto della segnalazione;
- b) fornire una descrizione dettagliata del fatto;
- c) indicare le generalità o altri elementi che consentano di identificare il soggetto cui attribuire i fatti segnalati;
- d) allegare eventuale documentazione disponibile idonea ad attestare la fondatezza di quanto segnalato;
- e) individuare eventuali ulteriori soggetti potenzialmente a conoscenza dei fatti.

Si evidenzia che, al fine di garantire le tutele previste dalla normativa vigente, chi presenta la segnalazione deve specificare che si tratta di una segnalazione whistleblowing per la quale si intende

⁷ Cfr. d.lgs. 24/2023, LL.GG. Anac 311/2023 e 478/2025.

mantenere riservata la propria identità e beneficiare delle tutele previste nel caso di eventuali ritorsioni.

Laddove, invece, si tratti di segnalazione anonima dalla quale emergano elementi utili per la ricostruzione e l'accertamento di illeciti a vario titolo rilevanti, la stessa verrà trattata come segnalazione ordinaria.

In tali casi, la segnalazione anonima sarà oggetto di protocollazione (in modalità riservata) in modo da conservare la relativa documentazione, rendendo così possibile rintracciarla qualora la persona segnalante o chi abbia sporto denuncia comunichi ad ANAC di aver subito misure ritorsive a causa di quella segnalazione o denuncia anonima.⁸

Laddove però il segnalante anonimo sia stato successivamente identificato, beneficerà delle medesime tutele previste in caso di comportamenti ritorsivi.

Non possono essere oggetto di segnalazione Whistleblowing:

1. le contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale della persona segnalante o della persona che ha sporto una denuncia all’Autorità giudiziaria che attengono esclusivamente ai propri rapporti individuali di lavoro o di impiego pubblico, ovvero inerenti ai propri rapporti di lavoro o di impiego pubblico con le figure gerarchicamente sovraordinate;
2. le segnalazioni di violazioni laddove già disciplinate in via obbligatoria dagli atti dell’Unione europea o nazionali indicati nella parte II dell’allegato al d. lgs. n. 24/2023 ovvero da quelli nazionali che costituiscono attuazione degli atti dell’Unione europea indicati nella parte II dell’allegato alla direttiva (UE) 2019/1937, seppur non indicati nella parte II dell’allegato al decreto;
3. le segnalazioni di violazioni in materia di sicurezza nazionale, nonché di appalti relativi ad aspetti di difesa o di sicurezza nazionale, a meno che tali aspetti rientrino nel diritto derivato pertinente dell’Unione europea.

Non possono, altresì, essere segnalate le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già totalmente di dominio pubblico, nonché le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni o vociferazioni scarsamente attendibili (cd. voci di corridoio).

3. Canali di segnalazione

3.1. Canali interni

Le segnalazioni possono essere effettuate in forma scritta ed in forma orale; pertanto, l’Ateneo ha previsto quali canali interni per la trasmissione della segnalazione:

- la piattaforma informatica Whistleblowing;
- consegna brevi manu in sede;
- incontro diretto con la RPCT.

Il segnalante deve prioritariamente utilizzare la piattaforma Whistleblowing di Ateneo.

Qualora il segnalante utilizzi canali interni diversi da quelli suindicati deve specificare che si tratta di una segnalazione di Whistleblowing per la quale intende mantenere riservata la propria identità e beneficiare delle tutele di cui sopra. Diversamente la segnalazione sarà trattata come segnalazione ordinaria.

⁸ art. 16, co. 4, d.lgs. n. 24/2023 e LL.GG. 478/2025.

3.2. Canale esterno: piattaforma ANAC

Il canale esterno per le segnalazioni è la piattaforma informatica dell'ANAC. La vigente normativa prevede che tale canale esterno sia utilizzabile quando:

- a) il canale interno di segnalazione non è attivo o, anche se attivato, non è conforme a quanto richiesto dalla legge;
- b) la persona segnalante ha già effettuato una segnalazione interna e la stessa non ha avuto seguito;
- c) la persona segnalante ha fondati motivi di ritenere che, se effettuasse una segnalazione interna, alla stessa non sarebbe dato efficace seguito ovvero che la stessa segnalazione potrebbe determinare un rischio di ritorsione;
- d) la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

3.3. Divulgazione pubblica

Per divulgazione pubblica si intende la divulgazione della segnalazione a stampa, mezzi elettronici o mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone.

Tale canale è utilizzabile da chi:

- a) ha previamente inoltrato una segnalazione interna ed esterna ovvero ha effettuato direttamente una segnalazione esterna e alla stessa non è stato dato riscontro entro i termini stabiliti in merito alle misure previste o adottate per dare seguito alle segnalazioni;
- b) ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse;
- c) ha fondato motivo di ritenere che la segnalazione possa comportare il rischio di ritorsioni o possa non avere efficace seguito in ragione delle specifiche circostanze del caso concreto, come quelle in cui possano essere occultate o distrutte prove oppure in cui vi sia fondato timore che chi ha ricevuto la segnalazione possa essere colluso con l'autore della violazione o coinvolto nella violazione stessa.

3.4. Denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile

Tale canale è utilizzabile ogni qualvolta si intende denunciare condotte illecite di cui si è venuti a conoscenza in un contesto lavorativo.

Il dipendente pubblico che subisca discriminazioni a seguito della denuncia di un reato all'Autorità giudiziaria potrà beneficiare delle tutele previste per le ritorsioni subite.

4. Procedura interna

L'attività di gestione delle segnalazioni Whistleblowing è effettuata dalla RPCT di Ateneo e dal Capo dell'Ufficio Etica e Trasparenza; al personale in servizio presso l'Ufficio Etica e Trasparenza sono attribuite funzioni di collaborazione e assistenza nella gestione delle segnalazioni pervenute. Tutti i predetti soggetti sono autorizzati a svolgere attività istruttoria e a trattare i dati personali correlati alle segnalazioni pervenute.

Il Capo dell'Ufficio Etica e Trasparenza ed il personale in servizio presso tale Ufficio hanno l'obbligo di astenersi laddove vi siano cause di incompatibilità/conflitto di interesse dandone comunicazione alla RPCT di Ateneo; qualora l'astensione riguardi la RPCT, la stessa ne darà comunicazione al Direttore Generale. Qualora pervengano segnalazioni sulla condotta tenuta dalla RPCT saranno trasmesse dal Capo dell'Ufficio Etica e Trasparenza al Direttore Generale, in qualità di soggetto sostituto del gestore delle segnalazioni in casi di conflitto di interesse che riguardino la RPCT di Ateneo.

I soggetti chiamati ad esaminare la segnalazione sono tenuti all'osservanza dei doveri di riservatezza e del segreto d'ufficio, e della normativa sulla tutela dei dati personali.

Le fasi della procedura interna sono le seguenti.

4.1. Fase dell'iniziativa

Per effettuare una segnalazione, il segnalante può scegliere tra i canali interni messi a disposizione dell'Ateneo: la piattaforma informatica Whistleblowing, la consegna brevi manu in sede, l'incontro diretto con la RPCT.

Il segnalante deve prioritariamente utilizzare la piattaforma Whistleblowing di Ateneo. Per effettuare una segnalazione tramite piattaforma e beneficiare delle tutele previste dalla vigente normativa in materia di *Whistleblowing*, è necessario collegarsi al link <https://unina.whistleblowing.it/#/> selezionando la voce *Whistleblowing* in calce alla home page del sito web di Ateneo; in alternativa, ciascun dipendente può accedere alla propria *area riservata* del sito web di Ateneo e collegarsi alla sezione *Anticorruzione*.

Si segnala che nel corso del 2025 si è conclusa la procedura di individuazione, quale migliore soluzione rispetto alle esigenze dell'Ateneo e in aderenza alle Linee Guida ANAC⁹ ed alla normativa vigente in materia, della piattaforma telematica Whistleblowing.it, soluzione informatica messa a disposizione delle P.A. dalla società Whistleblowing Solution Impresa Sociale srl. La procedura per la ricezione e trattazione informatica delle segnalazioni tramite la predetta piattaforma è stata sottoposta alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati /DPIA (“Data Protection Impact Assessment”) conclusa in data 07/10/2024. Pertanto, è stata effettuata specifica formazione/informazione per la Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (di seguito RPCT) di Ateneo e tutto il personale in servizio presso l'Ufficio Etica e Trasparenza, individuato per la gestione del canale interno - piattaforma Whistleblowing.

Alle segnalazioni inoltrate mediante la citata piattaforma sarà attribuito un codice identificativo. Il segnalante accedendo al sistema di gestione delle segnalazioni ed utilizzando il codice identificativo potrà monitorare lo stato di avanzamento dell'istruttoria, integrarla allegandovi documenti e dialogare con la RPCT.

Le segnalazioni scritte presentate brevi manu¹⁰ alla RPCT di Ateneo, al fine di poter tutelare la riservatezza dell'identità del whistleblower, dovranno essere presentate nel rispetto delle seguenti indicazioni:

- i dati identificativi unitamente al documento di riconoscimento del segnalante dovranno essere inseriti in una busta chiusa con l'indicazione “RISERVATO_DATI IDENTIFICATIVI”;
- la segnalazione dovrà essere inserita in una seconda busta chiusa, separata dalla prima, contrassegnata dalla dicitura “SEGNALAZIONE “;
- le due buste dovranno essere, infine, contenute in una terza busta con l'indicazione “RISERVATO RPCT”.

Tutta la documentazione pervenuta sarà custodita in un armadio chiuso a chiave nella stanza dell'Ufficio Etica e Trasparenza, facendo attenzione a separare i dati identificativi del segnalante dalla restante documentazione, la quale sarà eventualmente affidata al personale deputato agli approfondimenti istruttori. La sola segnalazione sarà oggetto di protocollazione in modalità riservata.

⁹ Si vedano le Linee guida approvate con delibera n. 311/2023 nonché, da ultimo, le Linee Guida approvate con delibera n. 478 del 26 novembre 2025.

¹⁰ Cfr. Linee Guida n.478/2025

In merito all'incontro diretto con la RPCT la richiesta dell'incontro deve essere inoltrata ad anticorruzione@unina.it, indicando nell'oggetto “incontro diretto con RPCT per segnalazione Whistleblowing” avendo cura di non scrivere altro in merito alla segnalazione; il segnalante potrà richiedere l'incontro anche utilizzando un account non istituzionale. Dell'incontro stesso sarà redatto verbale che sarà oggetto di protocollazione in modalità riservata.

La segnalazione presentata ad un soggetto diverso dalla RPCT, laddove il segnalante dichiara espressamente di voler beneficiare delle tutele in materia di whistleblowing o tale volontà sia desumibile dalla segnalazione, sarà considerata “segnalazione whistleblowing”; in tal caso andrà trasmessa entro sette giorni dal suo ricevimento alla RPCT, con contestuale notizia della trasmissione al segnalante.

Se la segnalazione è anonima sarà considerata come segnalazione ordinaria e trattata con modalità e tempistiche previste dai Regolamenti di Ateneo. In tali casi l'ufficio competente provvede a protocollare la segnalazione e a conservare la relativa documentazione rendendo così possibile rintracciarla qualora la persona segnalante o chi abbia sporto denuncia comunichi ad ANAC di aver subito misure ritorsive a causa di quella segnalazione o denuncia anonima.

4.2. Fase dell'istruttoria

Entro sette giorni dall'avvenuta segnalazione, sarà rilasciato al segnalante un avviso di ricevimento della segnalazione, tramite la piattaforma informatica o, in caso di mancato utilizzo della piattaforma, sarà inoltrato al recapito indicato dalla persona segnalante nella segnalazione o, in assenza di quest'ultima indicazione, a quello utilizzato dalla persona segnalante per inoltrare la segnalazione.

La RPCT, sentito il Capo dell'Ufficio Etica e Trasparenza, nel caso di evidente e manifesta infondatezza, inammissibilità o irricevibilità procede ad archiviare la segnalazione con adeguata motivazione, dandone comunicazione al segnalante.

La RPCT, nei casi di non evidente e manifesta infondatezza, inammissibilità o irricevibilità, acquisisce ogni elemento utile alla valutazione della fattispecie, anche attraverso richieste di notizie, informazioni, atti e documenti agli Uffici interessati, al segnalante e ai soggetti coinvolti nella segnalazione. La RPCT può richiedere l'audizione del segnalante o dei soggetti direttamente interessati, o comunque a conoscenza dei fatti segnalati. Delle audizioni verrà redatto apposito verbale sottoscritto dalla RPCT e dal personale che ne cura la verbalizzazione, assicurando successiva conservazione e archiviazione in un luogo fisico e/o *repository* digitale, non accessibile ad altri.

Si precisa, infine, che durante la fase istruttoria è possibile avviare un dialogo con il whistleblower, chiedendo allo stesso chiarimenti, documenti e informazioni ulteriori, sempre tramite il canale a ciò dedicato nelle piattaforme informatiche o anche di persona. Ove necessario, è anche possibile acquisire atti e documenti da altri uffici di Ateneo, avvalersi del loro supporto, coinvolgere terze persone tramite audizioni e altre richieste, avendo sempre cura che non sia compromessa la tutela della riservatezza del segnalante e del segnalato.

4.3. Fase decisoria

Il termine per il riscontro alla segnalazione è di 3 mesi dalla data dell'avviso di ricevimento o, in mancanza di tale avviso, di 3 mesi dalla scadenza del termine dei sette giorni dalla presentazione della segnalazione. Nel caso di richieste di notizie, informazioni, atti e documenti agli Uffici interessati il termine di tre mesi è sospeso e ricomincia a decorrere dall'acquisizione delle notizie, informazioni, atti e documenti richiesti. Il predetto riscontro può consistere nella nota di chiusura del procedimento, nella comunicazione dell'archiviazione, nella comunicazione dell'avvio di un'inchiesta interna ovvero nella comunicazione nel rinvio a un'autorità competente per ulteriori indagini.

In particolare, qualora venga rilevata una causa di archiviazione la RPCT provvede a:

- archiviare la segnalazione con adeguata motivazione. La stessa verrà, quindi, inserita e conservata all'interno dell'applicativo informatico (o, a seconda dei casi, del fascicolo riservato cartaceo e del protocollo riservato);
- comunicare al segnalante l'archiviazione e la relativa motivazione mediante il sistema informatico (o altro canale utilizzato per la segnalazione ed eventualmente per l'interlocuzione).

In caso, invece, di accertamento della fondatezza della segnalazione *Whistleblowing*, la RPCT provvede a comunicare al segnalante le risultanze dell'istruttoria e, se necessario, a comunicare tali risultanze alla Segreteria del Direttore generale per l'invio ad uno dei seguenti soggetti per i seguiti di competenza:

- Corte dei Conti (se si ravvisano profili di danno erariale);
- Procura della Repubblica (se si ravvisa un'ipotesi di reato);
- Dirigente responsabile del procedimento disciplinare (se si ravvisa un'ipotesi di illecito disciplinare).

Nel caso in cui la RPCT trasmetta gli atti al Dirigente competente per i procedimenti disciplinari, e quest'ultimo rappresenti che la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa del segnalato, la RPCT, dopo aver verificato che la contestazione disciplinare risulta fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, provvederà ad acquisire, attraverso la piattaforma informatica o altro canale con il quale è stata inviata la comunicazione, il consenso del segnalante a rivelare l'identità mediante una dichiarazione sottoscritta da quest'ultimo (a cui dovrà essere allegato idoneo documento attestante l'identità del dichiarante).

Nel caso in cui si renda necessario, la RPCT trasmette l'intera documentazione pervenuta - nel rispetto della tutela della riservatezza dell'identità dell'autore della segnalazione - alle Autorità giudiziarie competenti, avendo cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione pervenuta ai sensi della normativa whistleblowing. Laddove l'identità venga successivamente richiesta dall'Autorità giudiziaria o contabile, la RPCT fornisce tale indicazione, previa notifica alla persona segnalante.

5. Tutele del segnalante

La riforma normativa che disciplina il *whistleblowing* prevede un solido sistema di tutele, che funge da incentivo per il segnalante a rendere note le violazioni e gli illeciti di cui viene a conoscenza:

- A. la tutela della riservatezza dell'identità del segnalante e del contenuto della segnalazione, nonché del facilitatore che assiste il segnalante, del segnalato, delle persone differenti dal segnalato ma menzionate nella segnalazione, da parte della RPCT che riceve la segnalazione: l'obbligo di tutelare la riservatezza impone che un eventuale disvelamento dell'identità della persona segnalante a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni avvenga sempre con il consenso espresso della stessa¹¹;

¹¹ Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 c.p.p.

Nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità della persona segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria.

Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità della persona segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità della persona segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza del consenso espresso della persona segnalante alla rivelazione della propria identità.

- B. il divieto di adottare ritorsioni nei confronti dei soggetti che accedono alle tutele previste dal d.lgs. n. 24/2023;
- C. la limitazione di responsabilità: non è punibile chi riveli o diffonda informazioni sulle violazioni coperte dall'obbligo di segreto, diverso da quello professionale forense e medico, o relative alla tutela del diritto d'autore o alla protezione dei dati personali se, al momento della segnalazione, denuncia o divulgazione, aveva ragionevoli motivi di ritenere che la rivelazione o diffusione delle informazioni fosse necessaria per effettuare la segnalazione e la stessa è stata effettuata nelle modalità richieste dalla legge.

La segnalazione *whistleblowing* è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 nonché dagli articoli 5 e seguenti del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Al fine di garantire il diritto alla protezione dei dati personali alle persone segnalanti o denuncianti, l'acquisizione e gestione delle segnalazioni, divulgazioni pubbliche o denunce, ivi incluse le comunicazioni tra gli Uffici e le autorità competenti, avviene in conformità alla normativa in tema di tutela dei dati personali.

Le tutele suindicate sono riconosciute anche ai seguenti soggetti diversi dal segnalante:

- facilitatore, inteso come la persona fisica che assiste il segnalante nel processo di segnalazione, operante all'interno del medesimo contesto lavorativo e la cui assistenza deve essere mantenuta riservata;
- persone del medesimo contesto lavorativo del segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica e che sono legate ad essi da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il quarto grado;
- colleghi di lavoro del segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica, che lavorano nel medesimo contesto lavorativo della stessa e che hanno con detta persona un rapporto abituale e corrente;
- enti di proprietà - in via esclusiva o in compartecipazione maggioritaria di terzi - del segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica;
- enti presso i quali il segnalante, denunciante o chi effettua una divulgazione pubblica lavorano;
- enti che operano nel medesimo contesto lavorativo del segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica.

Il divieto di rilevare l'identità del segnalante è da riferirsi non solo al nominativo del segnalante, ma anche a tutti gli elementi della segnalazione, inclusa la documentazione ad essa allegata, nella misura in cui il disvelamento, anche indirettamente, possa consentire l'identificazione del segnalante. Il trattamento di tali elementi va, quindi, improntato alla massima cautela, a cominciare dall'oscuramento dei dati qualora per ragioni istruttorie altri soggetti ne debbano essere messi a conoscenza.

2.3.5. Gestione del rischio di corruzione: Mappatura dei processi, Valutazione e Trattamento del rischio

1. Introduzione

Per gestione del rischio corruzione si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'Amministrazione con riferimento al rischio corruzione.

La “gestione del rischio” di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi; la pianificazione, mediante l’adozione del Piano, è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

La gestione del rischio corruzione è l’applicazione di una consolidata metodologia - il *risk management* - alla fattispecie degli eventi corruttivi che si ritengono di rilevanza primaria, a causa dell’enorme influenza negativa che essi hanno sull’obiettivo istituzionale di una pubblica Amministrazione, ossia il corretto perseguimento dell’interesse pubblico.

Le tipiche fasi del processo di *risk management* secondo le più note e rilevanti normative (ISO 31000:2010; ISO 37001; Global Compact model, Co.SO. model, AS-NZS 4360; IRM, AIRM, ALARM, ecc) sono le seguenti:

- a) **Analisi del contesto:** consiste nella presa in esame dei modi in cui il rischio è considerato e affrontato all’interno della singola organizzazione.
- b) **Mappatura dei processi:** consiste nell’individuazione del processo e delle sue componenti interne, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase e l’individuazione dell’interazione con altri processi. La mappatura dei processi consente l’individuazione delle aree a rischio entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio. A valle della mappatura, i processi ritenuti a rischio corruzione vengono schedati in un “Catalogo dei processi a rischio corruzione”.
- c) **Valutazione del rischio:** per ogni processo o fase di esso, consiste nell’analisi dei rischi in termini di indici di valutazione della probabilità di accadimento e indici di valutazione di impatto generabili a seguito del verificarsi dell’evento corruttivo. È realizzato attraverso tre sotto-fasi: individuazione, analisi e ponderazione del rischio.

2. Mappatura dei Processi

2.1. Metodologia adottata per la mappatura dei processi

Per processo si intende un insieme di attività interrelate che, perseguendo uno scopo comune e seguendo specifiche metodologie, nel rispetto di specifici vincoli (norme, regolamenti, ecc.), utilizzano risorse per trasformare un *input* (materiali, informazioni, risorse, ecc....) in un prodotto (*output* del processo), destinato ad un soggetto interno o esterno all’Amministrazione (utente), aggiungendo valore. Il processo – il cui concetto è più ampio di quello di procedimento amministrativo - può esso da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso.

La mappatura consiste nell’individuazione del processo e delle sue componenti interne, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase, con l’individuazione dell’eventuale interazione con altri processi.

La mappatura consente l’elaborazione del *catalogo dei processi* e quindi l’individuazione delle aree a rischio entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio. L’individuazione delle aree di rischio è il risultato di un lavoro complesso, che presuppone la valutazione del rischio da realizzarsi attraverso la verifica “sul campo” dell’impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell’Ateneo.

L’attività di mappatura dei processi è effettuata in Ateneo da diversi anni e proseguirà anche nel triennio 2026/2028 - a cura dei Responsabili delle unità organizzative, con il supporto metodologico dell’Ufficio Organizzazione e Performance - con priorità per le strutture di nuova istituzione ovvero le cui competenze sono state oggetto di modifiche organizzative.

Ciò anche al fine di una *graduale reingegnerizzazione*, che risponde a molteplici esigenze, prima tra tutte quella della semplificazione e digitalizzazione dei processi dell’Ateneo, con prevedibili risultati positivi anche in chiave di prevenzione della corruzione.

2.2 Catalogo dei processi

Tutti i processi mappati sono collocati nelle seguenti **aree di rischio**:

AREE GENERALI DI RISCHIO

- A. Acquisizione e progressione del personale;
- B. Contratti Pubblici;
- C. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- D. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- E. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- F. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- G. Incarichi e nomine;
- H. Affari legali e contenzioso.

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

- I. Didattica;
- J. Ricerca;
- K. Reclutamento dei docenti;
- L. Gestione delle autorizzazioni dei professori universitari allo svolgimento di attività esterne;
- M. Gestione degli Enti e delle Attività esternalizzate dalle Università.

3. Valutazione del rischio

3.1. Metodologia adottata per la valutazione del rischio

Per la valutazione del rischio, a partire dal PTPCT 2020-2022 la RPCT, con il supporto del personale competente, ha adottato un nuovo approccio valutativo (di tipo qualitativo), che è stato applicato in modo graduale.

Si è fatto riferimento, in particolare, ad una metodologia che integra le indicazioni fornite nell'allegato 1 al PNA 2019 con quelle fornite dal *UN Global Compact Management Model* per la valutazione del rischio corruzione (anche con riferimento al rischio *inerente* e al rischio *residuo*).

Per ogni processo mappato la valutazione del rischio si è sviluppata mediante tre fasi:

- **identificazione del rischio**
- **analisi del rischio**
- **ponderazione del rischio**

Le fasi di identificazione e analisi del rischio sono articolate in sotto-fasi, come riportato nella figura sottostante e meglio descritte in seguito.

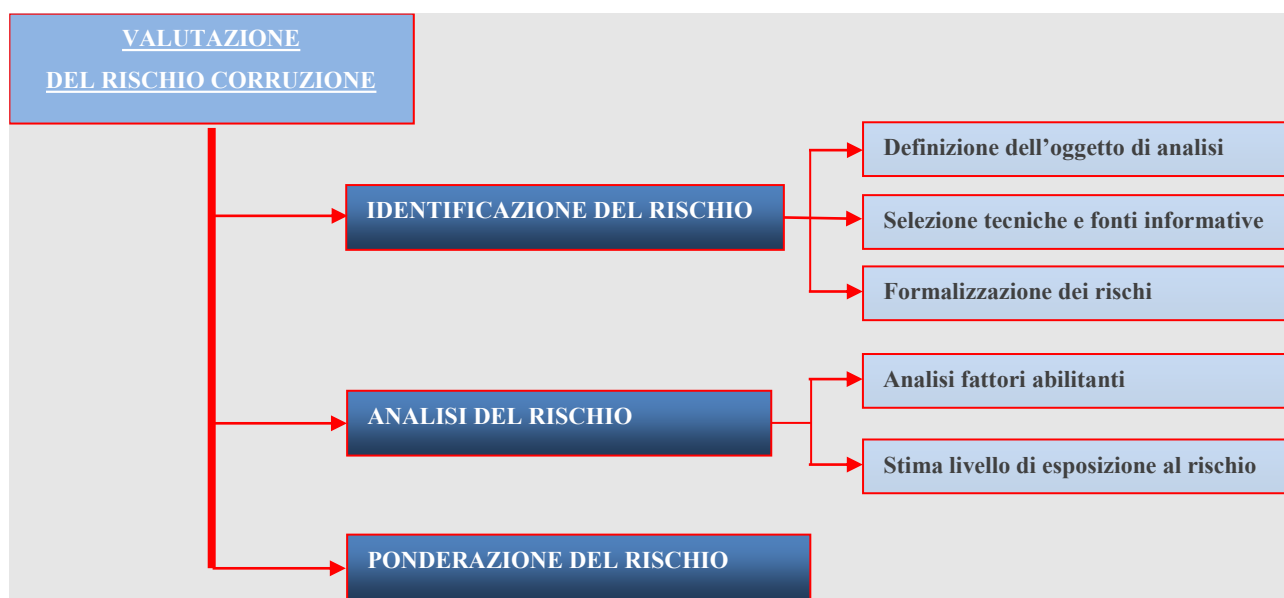


Figura 1: Fase di valutazione del rischio

3.2. Identificazione del rischio e il registro dei rischi

L'identificazione degli eventi rischiosi ha l'obiettivo di individuare quei **comportamenti** o **fatti** che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'Amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

La fase di identificazione dei rischi è articolata in 3 azioni tra loro consequenziali:

a) Definizione dell'oggetto di analisi

È stata definita l'unità di riferimento rispetto alla quale individuare gli eventi rischiosi. Il livello minimo di analisi per l'identificazione dei rischi è stato rappresentato dal **processo**. I processi rappresentativi dell'intera attività dell'Ateneo non sono stati ulteriormente scomposti in attività, ma solo nelle singole fasi di esso ritenute a rischio corruzione. Per ogni processo e/o fase di esso rilevato nella mappatura sono stati identificati gli eventi rischiosi che possono manifestarsi.

Nei processi ricadenti nell'area di rischio generale obbligatoria B Contratti pubblici - in cui è stata già rilevata nei precedenti Piani un'esposizione al rischio corruttivo elevata - l'identificazione dei rischi è stata invece sviluppata con un maggior livello di dettaglio, individuando come oggetto di analisi le **singole fasi delle procedure del processo di approvvigionamento** (*Programmazione – Progettazione della gara – Selezione del contraente – Verifica dell'aggiudicazione e stipula del Contratto – Esecuzione del Contratto – Rendicontazione del Contratto*) con la definizione di misure differenziate e azioni di monitoraggio specifiche;

b) Utilizzo di opportune **tecniche di identificazione** e **una pluralità di fonti informative**

Per procedere all'identificazione degli eventi rischiosi la RPCT e l'Ufficio Etica e Trasparenza prendono in considerazione il più ampio numero possibile di fonti informative disponibili in Ateneo:

- risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- analisi di documenti e di banche dati e di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'Ateneo;
- interviste/incontri (anche in occasione dei *focus group* organizzati dal Capo del citato Ufficio nel corso dell'anno) con i Referenti e i responsabili degli Uffici anche delle

Strutture decentrate o il personale dell'Amministrazione che abbia conoscenza diretta dei processi e quindi delle relative criticità;

- risultanze dell'attività di monitoraggio svolta;
- analisi dei procedimenti disciplinari avviati e/o conclusi;
- segnalazioni ricevute;

c) Individuazione dei rischi associabili all'oggetto di analisi e **formalizzazione** nella sezione *Rischi corruttivi e Trasparenza*

Gli eventi rischiosi individuati utilizzando le fonti informative disponibili sono formalizzati tramite l'aggiornamento del **registro dei rischi**, così come riportato nell'appendice 2.3.B al PIAO, dove per ogni processo a rischio e/o fase di esso si riporta la descrizione degli eventi rischiosi individuati.

Nella predisposizione del presente Piano, i rischi sono stati identificati:

- sulla base delle risultanze della mappatura dei processi;
- con l'ausilio dei criteri indicati *infra* nella Tabella 3 “Indicatori di **stima livello esposizione al rischio**”;
- mediante consultazione e confronto tra i soggetti coinvolti, tenendo presenti le specificità di singoli processi e del livello organizzativo in cui il processo o la sotto-fase si colloca;
- facendo riferimento anche a dati tratti dall'esperienza (cd. “eventi sentinella”), cioè tenendo conto di precedenti giudiziari - relativi a particolari episodi attinenti a specifici ambiti di interesse dell'Ateneo (in particolare, i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni irrogate) che hanno interessato l'Amministrazione, mediante specifiche richieste da parte dell'Ufficio Etica e Trasparenza (che svolge funzioni di supporto alla RPCT) dirette ai competenti Uffici dell'Ateneo - nonché delle segnalazioni pervenute;
- tenendo conto dell'esito del sondaggio¹² riguardante la percezione della corruzione e del livello di trasparenza in Ateneo.

All'esito del sondaggio e del lavoro svolto, è stato aggiornato il **Registro dei Rischi** di corruzione, così come riportato nell'appendice 2.3.B “*Catalogo dei processi e registro dei rischi di corruzione dell'Ateneo*” del PIAO.

3.3. Analisi del rischio

L'analisi del rischio è condotta perseguendo due obiettivi: il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti **fattori abilitanti della corruzione**; il secondo è quello di **stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio**. Si riportano di seguito i tratti salienti:

a) Analisi dei fattori abilitanti

Si intendono i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione e che possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro. L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi.

I **fattori di rischio** (fattori abilitanti + cause) **sono le ragioni per cui la corruzione può verificarsi in una organizzazione**, in base al contesto e alla tipologia di attività svolta. Un modo per illustrare i fattori di rischio è quello di esaminare le frodi attraverso il **Triangolo di**

¹² Il sondaggio è stato effettuato a cura dell'Ufficio *Etica e Trasparenza* impiegando la piattaforma “Microsoft Form” ed è stato rivolto ai Direttori/Direttrici/Presidenti dei Centri di Ateneo/di Ricerca/di Servizio/Interdipartimentali/Interuniversitari/Museali di Ateneo.

Donald Cressey (triangolo della frode, nella seguente figura Figura 2), che definisce tre elementi e le condizioni (fattori di rischio) che consentono il verificarsi della frode:

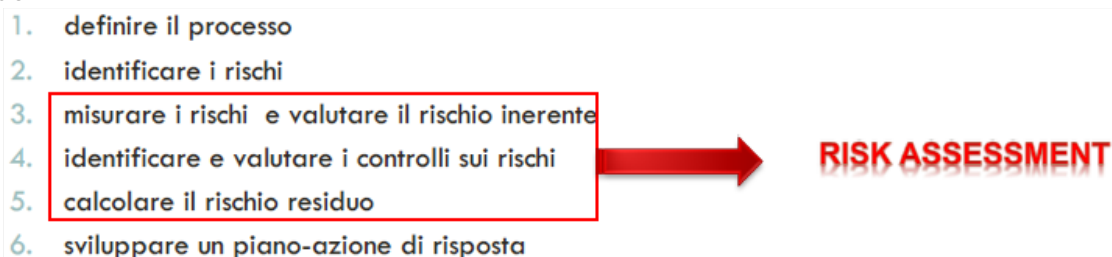


Figura 2: Triangolo della frode

b) Stima del livello di esposizione al rischio

In questa fase, l'analisi condotta è stata finalizzata a stimare il livello di esposizione al rischio per ciascun processo o sua fase: in particolare, è stata stimata l'esposizione al rischio per singolo evento rischioso individuato nella fase di identificazione. L'analisi del livello di esposizione è avvenuta rispettando i **principi guida richiamati nel PNA 2019**, implementando la metodologia **Global Compact Management Model**, nonché secondo un criterio generale di “**prudenza**”, nel senso che si è cercato di evitare la sottostima del rischio, che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.

Lo *United Nation Global Compact* è un'iniziativa delle Nazioni Unite nata per incoraggiare le organizzazioni di tutto il mondo ad adottare politiche sostenibili, nel rispetto della responsabilità sociale di impresa, e rendere pubblici i risultati delle azioni intraprese. Il **Global Compact Management Model** è una cornice che riunisce 10 principi nelle aree dei diritti umani, lavoro, sostenibilità ambientale e anticorruzione. In particolare, il principio 10 prevede che “*le aziende devono lavorare contro la corruzione in ogni sua forma, comprese le estorsioni e le tangenti*”. La Guida per il *Risk Assessment* per l'Anticorruzione fornisce le istruzioni per la gestione del rischio di corruzione, senza essere prescrittiva. Il processo di gestione si divide in 6 fasi:

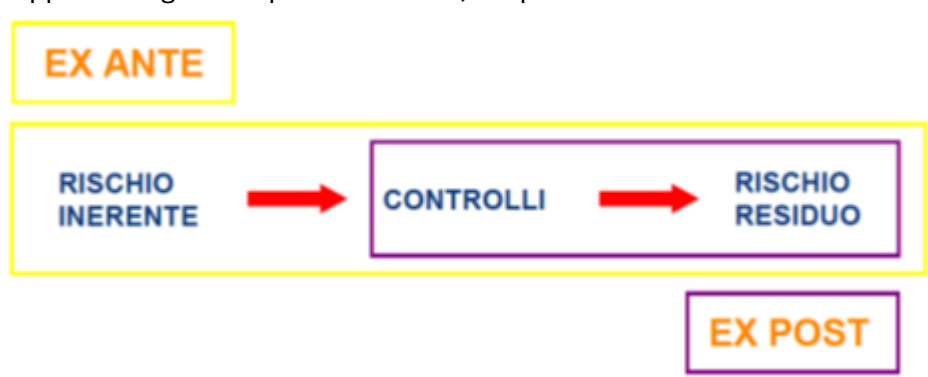


Con riferimento alla fase di misurazione del rischio, il *Global Compact Management Model* definisce:

- **rischio inerente**, il rischio che grava su un'organizzazione **in assenza** di qualsiasi azione in grado di alterare la probabilità e/o l'impatto del rischio stesso; rappresenta **l'impatto lordo** di un fattore di rischio, cioè la **massima perdita** realizzabile in seguito al suo manifestarsi e alla mancanza di azioni tese a limitarne gli effetti;

- **rischio residuo**, il rischio che rimane dopo la risposta al rischio, cioè dopo l’effettiva implementazione delle azioni tese alla mitigazione del rischio inerente. La **differenza tra i benefici dell’azione e gli effetti complessivi che i fattori di rischio** hanno sugli obiettivi aziendali determina il **rischio residuo**, cioè l’**impatto netto** riconducibile ai fattori di rischio.

Il processo di valutazione dei rischi si focalizza **prima sui rischi inerenti** e successivamente, dopo lo sviluppo di adeguate risposte al rischio, su quelli **residui**.



Il contributo in questa fase consiste nell’analisi e valutazione delle dimensioni del rischio e delle componenti dell’organizzazione (controlli) che su essi possono incidere o essere indifferenti.

Le dimensioni da valutare sono:

1. il **Rischio Inerente**, che rappresenta il livello totale di rischio associato ad ogni schema corruttivo, senza considerare l’efficacia dei controlli esistenti. Le dimensioni del rischio inerente sono:
 - a. **Probabilità**: eventualità che il rischio si verifichi.
 - b. **Impatto**: conseguenze derivanti dal verificarsi del rischio.
 Il **valore complessivo del rischio inerente** è dato dalla combinazione delle due dimensioni suindicate (*probabilità e impatto*);
2. i **Controlli interni esistenti**, il cui **livello di efficacia** incide in misura maggiore o minore sul contenimento del rischio;
3. il **Rischio Residuo**, il cui valore è dato dal confronto tra il valore del rischio inerente e il livello di efficacia/inefficacia dei sistemi di controlli vigenti.

Nella fase di valutazione dei Rischi si è proceduto alla:

1. Misurazione del livello totale del **Rischio Inerente**, pervenendo ad una stima complessiva di esposizione al rischio sulla base della combinazione dei valori di Probabilità e Impatto;
2. Analisi dei **Controlli interni esistenti** e alla valutazione della loro efficacia;
3. Misurazione del **Rischio Residuo**, quale combinazione del Rischio Inerente e dei Controlli interni esistenti.

La **Misurazione**, quindi, è stata implementata unitariamente, secondo le modalità raccomandate dal PNA 2019, a cui sono state apportate le modifiche ritenute opportune utilizzando la metodologia del *Global Compact Management Model*, che considera la presenza della *probabilità* ed *impatto*, nonché la differenza tra Rischio Inerente e Rischio Residuo.

L’approccio utilizzato per stimare l’esposizione dell’Amministrazione ai rischi è stato di tipo misto, partendo da un’impostazione **qualitativa**, ma cercando di mantenere distinti i fattori autonomamente individuati che complessivamente incidono sul livello di rischio risultante, in termini di *probabilità* di accadimento e *impatto* conseguente. Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori si perviene ad

una **valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio**; il valore complessivo ha lo scopo di fornire una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all’evento rischioso.

Per ogni processo emerso dalla mappatura dei processi delle aree generali e specifiche di rischio, i criteri utilizzati per stimare la *probabilità* e l’*impatto* sono quelli riportati nella seguente Tabella 3:

TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO			
A. Discrezionalità del processo		E. Numerosità delle unità di personale coinvolte nelle diverse fasi del processo, con distinti ruoli e responsabilità (es. Dirigente, Capo Ufficio, Capo Reparto, RUP, personale addetto...)	
ID	Valutazione	ID	Valutazione
1	Minima	1	Massima (5 o più unità)
2	Bassa	2	Medio-alta (4 unità)
3	Media	3	Media (3 unità)
4	Medio-alta	4	Bassa (2 unità)
5	Massima	5	Minima (1 unità)
		6	Sono coinvolte 2 o più unità, ma senza una distinzione chiara di ruoli e responsabilità
B. Complessità del processo (dovuto ad esempio alla complessità o scarsa chiarezza della normativa di riferimento, all’esiguità di disposizioni normative in materia o, al contrario, alla presenza di eccessive norme di difficile applicazione)		F. Risonanza mediatica in caso di episodi di <i>maladministration</i> e/o comportamenti elusivi/fraudolenti relativi al processo o a fasi di esso	
ID	Valutazione	ID	Valutazione
1	Minima	1	Minima
2	Bassa	2	Bassa
3	Media	3	Media
4	Medio-alta	4	Medio-alta
5	Massima	5	Massima
C. Rilevanza del processo (dovuta, ad esempio: alla rilevanza del vantaggio economico; alla rilevanza del vantaggio – anche non immediato – di carriera per il personale destinatario; al numero dei richiedenti o soggetti interessati al processo rispetto all’esiguità dei destinatari del beneficio o dei posti disponibili)		G. Necessità di colmare carenze formative specifiche delle unità di personale coinvolte nel processo	
ID	Valutazione	ID	Valutazione

1	Minima	1	Minima
2	Bassa	2	Bassa
3	Media	3	Media
4	Medio-alta	4	Medio-alta
5	Massima	5	Massima
D. Possibilità di frazionare il processo al fine di eludere l'applicazione della vigente normativa		H. Efficacia dei controlli già esistenti (previsti dalla vigente normativa e/o dal vigente PIAO)	
ID	Valutazione	ID	Valutazione
1	Minima	1	Minima
2	Bassa	2	Bassa
3	Media	3	Media
4	Medio-alta	4	Medio-alta
5	Massima	5	Massima
I. Presenza di segnalazioni pervenute a questa Amministrazione e/o di procedimenti disciplinari attivati da questa Amministrazione in ordine alla tipologia di processo in esame		L. Presenza di precedenti giudiziari in relazione a questa tipologia di processo negli ultimi 5 anni	
ID	Valutazione	ID	Valutazione
1	Minima	1	Minima
2	Bassa	2	Bassa
3	Media	3	Media
4	Medio-alta	4	Medio-alta
5	Massima	5	Massima

Tabella 3: Indicatori di stima del livello esposizione al rischio

Nella suindicata Tabella 3 l'elenco proposto è meramente esemplificativo: si tratta di alcuni indicatori comunemente accettati, che possono essere ampliati o modificati nel processo valutativo; pertanto, i soggetti coinvolti nell'analisi, anche in funzione della specificità della loro attività, possono elaborare ulteriori indicatori o utilizzare indicatori alternativi a quelli indicati. Gli indicatori sub “A”, “B”, “C” e “D”, sono rappresentativi della *probabilità* di accadimento dell'evento rischioso, mentre quelli sub “E”, “F”, “G”, “I”, “L” sono rappresentativi dell'*impatto* derivante dal verificarsi dell'evento rischioso. La **scala qualitativa utilizzata per la valutazione della probabilità e dell'impatto** è articolata su cinque livelli (minima / bassa / media / medio-alta / massima) e risulta facilmente utilizzabile. In riferimento agli indicatori di impatto sub “I” e “L”, ai fini del miglioramento della fase di stima del livello di rischio si è supportato l'analisi di tipo qualitativo con l'esame dei dati statistici, che sono utili per stimare anche

per il futuro la frequenza di accadimento degli eventi corruttivi; pertanto, la loro compilazione è stata condotta utilizzando:

- i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell’Amministrazione;
- le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di *whistleblowing*, ma anche quelle pervenute dall’esterno dell’Ateneo o pervenute in altre modalità (es. dati disponibili in base agli esiti degli incontri con i Referenti/Responsabili unità organizzative Strutture decentrate, esiti dei due sondaggi, ecc.).

Con particolare riferimento all’indicatore sub “H”, la sua valutazione è rappresentativa dell’affidabilità dell’efficacia dei **controlli interni esistenti** ai fini della misurazione del Rischio Residuo e la stima dell’efficacia ad essi attribuiti va a **diminuire** il valore del Rischio Inerente.

Coerentemente all’approccio **qualitativo** impiegato, i valori di *probabilità* e *impatto* sono stati opportunamente combinati, pervenendo ad una **stima complessiva del rischio inerente** in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue fasi componenti, parametrizzando i valori dell’esposizione al rischio su una scala di misurazione ordinale di tipo discreta a **cinque livelli** (basso / medio-basso / medio / medio-alto / alto). Tale scala, pur fornendo una differenziazione limitata tra i livelli di rischio, è risultata essere relativamente semplice e di immediata comprensione. Inoltre, per ogni evento rischioso, l’esposizione al rischio è **adeguatamente motivata** alla luce dei dati e delle evidenze raccolte, garantendo la massima trasparenza.

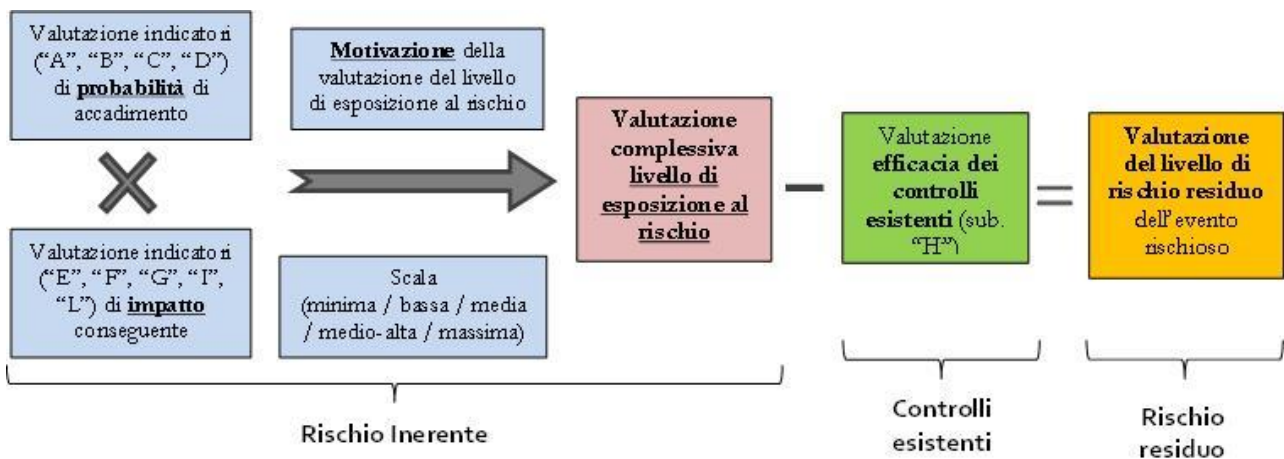


Figura 4: Schema di principio per la valutazione del livello esposizione al rischio

In linea con la metodologia del **Global Compact Management Model**, una volta pervenuti alla valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, e quindi alla valutazione del rischio inerente di ciascun evento rischioso, occorre effettuare la **valutazione dell’affidabilità dei Controlli esistenti**. L’efficacia di detti controlli è valutata ricorrendo all’indicatore sub “H” della sopracitata tabella di valutazione, la cui gradazione è rappresentata dalla medesima scala qualitativa di tipo ordinale discreta a cinque livelli impiegata per gli altri fattori. Nella seguente Tabella 5 è riportata la descrizione degli indicatori della scala di valutazione dell’efficacia dei sistemi di controllo esistenti:

Tabella 5

TABELLA SCALA DI VALUTAZIONE DELL’EFFICACIA DEI CONTROLLI ESISTENTI – INDICATORE sub. H	
Valutazione	Descrizione
Minima	Il rischio rimane indifferente:

	<p>a) Esistono sistemi di controllo ma non sono efficaci</p> <p>b) Non esistono dei sistemi di controllo</p>
Bassa	Il sistema di controllo applicato interviene solo in alcuni casi e riducendo il rischio in minima parte
Media	Il sistema di controllo applicato è efficace per una percentuale approssimativa del 50%, riducendo in parte il rischio
Medio-Alta	Il sistema di controllo applicato è efficace
Massima	Il sistema di controllo applicato costituisce un efficace ed incisivo strumento di neutralizzazione del rischio

Tabella 5: Scala di valutazione dell’efficacia dei controlli esistenti

Per ciascun evento rischioso, il valore attribuito all’efficacia dei controlli va a diminuire il valore del Rischio Inerente, pervenendo così alla **valutazione del livello di rischio residuo** ovvero ad una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all’evento rischioso / processo a rischio e /o fase di esso in esame. Nella Tabella 6 seguente sono sintetizzate le possibili valutazioni del Rischio Residuo, quale **combinazione** della valutazione del Rischio Inerente e dell’affidabilità dei controlli esistenti; nel caso in cui in essa siano riportate differenti opzioni, a parità di combinazione di Rischio inerente e Affidabilità dei Controlli interni esistenti, la RPCT - nella successiva fase di ponderazione - sceglie la combinazione risultante più coerente con le strategie interne di prevenzione (es. maggiore cautela; missione dell’Amministrazione, criterio di “prudenza” ecc.):

TABELLA SCALA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO RESIDUO		
Valutazione complessiva livello di esposizione al rischio	Valutazione efficacia dei controlli esistenti	Valutazione del livello di rischio residuo
Alto	Massima	Medio-Basso*
Alto	Medio-Alta	Medio
Alto	Media	Medio-Alto
Alto	Bassa	Alto*
Alto	Minima	Alto
Medio-Alto	Massima	Medio-Basso
Medio-Alto	Medio-Alta	Medio
Medio-Alto	Media	Medio
Medio-Alto	Bassa	Medio-Alto
Medio-Alto	Minima	Alto*
Medio	Massima	Basso

Medio	Medio-Alta	Medio-Basso*
Medio	Media	Medio-Basso
Medio	Bassa	Medio
Medio	Minima	Medio-Alto*
Medio-Basso	Massima	Basso
Medio-Basso	Medio-Alta	Medio-Basso*
Medio-Basso	Media	Medio-Basso
Medio-Basso	Bassa	Medio-Basso
Medio-Basso	Minima	Medio
Basso	Massima / Medio-Alta / Media / Bassa / Minima	Basso

Tabella 6: Scala di valutazione livello di rischio residuo (* valore prudenziale)

3.4. Ponderazione del rischio

La ponderazione consiste nel considerare il rischio alla luce dell’analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l’urgenza di trattamento. Le fasi di processo, i processi o gli aggregati di processo per i quali sono emersi i più elevati livelli di rischio vanno ad identificare le aree di rischio più alto, che rappresentano le attività più sensibili e da valutare ai fini del trattamento. La fase di ponderazione del rischio, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase di analisi, ha lo scopo di stabilire:

- le **azioni** da intraprendere per ridurre l’esposizione al rischio;
- le **priorità di trattamento dei rischi**, considerando gli obiettivi dell’organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

Nel definire le azioni da intraprendere la RPCT tiene conto delle misure già attuate e valuta come migliorare i controlli già esistenti, in modo da ridefinire e irrobustire le misure di prevenzione già esistenti prima di introdurne di nuove che andranno attuate sempre nel rispetto del principio di sostenibilità economica ed organizzativa, privilegiando quelle che riducono maggiormente il rischio residuo. Per quanto riguarda, invece, la definizione delle priorità di trattamento, nell’impostare le azioni di prevenzione si tiene conto del livello di esposizione al rischio determinato nella fase precedente e si procede in ordine via via decrescente, partendo dai processi che presentano un’esposizione più elevata, fino ad arrivare successivamente al trattamento di quelli che si caratterizzano per un’esposizione più contenuta.

I risultati dell’utilizzo della metodologia sopra descritta in ordine ai processi mappati in Ateneo sono riportati nell’ultima colonna dell’appendice 2.3.B del presente Piano.

4. Trattamento del rischio

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell’individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri. Nell’individuazione e valutazione delle misure si è mantenuta l’impostazione dei precedenti Piani, distinguendo tra “Misure **Generali**” e “Misure **Specifiche**”.

4.1. Schede di programmazione delle misure

Le schede di programmazione delle misure tengono conto dell’analisi conoscitive a monte e dell’analisi di contesto, esterno e interno, della mappatura dei processi e della identificazione, analisi e ponderazione del rischio. Nella formulazione delle misure si tiene conto dell’esito dei monitoraggi, della necessità di temperare una maggiore efficacia delle azioni di risposta con esigenze di non aggravamento delle procedure, nonché del rapporto costi/benefici di ogni singola misura proposta. La

valutazione del rischio è effettuata, come già evidenziato, con la partecipazione attiva di tutti i soggetti interessati.

Le Schede di Programmazione delle Misure di Prevenzione della Corruzione sono riportate nelle appendici 2.3.E al PIAO.

2.3.6 Programma della trasparenza

1. Parte Generale

La trasparenza concorre alla protezione e alla creazione di valore pubblico, come evidenziato a più riprese anche dall'ANAC.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico dell'Ateneo – volto a favorire la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività realizzate in favore della Comunità universitaria, degli utenti, degli *stakeholder* – e si traduce anche nella definizione di obiettivi di performance.

Al fine di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, nell'appendice 2.3.C del PIAO sono indicati:

- gli obblighi di trasparenza, ossia gli atti, i dati e le informazioni la cui pubblicazione obbligatoria è prevista dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.;
- i soggetti responsabili dell'elaborazione degli atti, dei dati e delle informazioni da pubblicare;
- i soggetti responsabili della trasmissione degli atti, dei dati e delle informazioni all'URP ai fini della pubblicazione sul sito web di Ateneo;
- il termine per la trasmissione all'URP della richiesta di pubblicazione¹³;
- i soggetti responsabili della pubblicazione degli atti, dei dati e delle informazioni;
- Il termine di scadenza per la pubblicazione;
- tempistiche per l'invio dei report di monitoraggio e individuazione dei soggetti responsabili.

Quanto agli obblighi di pubblicazione inerenti ai contratti pubblici è in corso una riorganizzazione dei contenuti della pagina **Gare e Contratti** del sito web di Ateneo con l'obiettivo di adeguare i contenuti della pagina al contesto normativo di riferimento¹⁴, evitare la pubblicazione di atti, dati ed informazioni eccedenti rispetto a quelli la cui pubblicazione sia imposta dalla legge e dalle delibere ANAC di attuazione delle previsioni legislative, garantire l'omogeneità di rappresentazione dei contenuti oggetto di pubblicazione consentendo la chiara identificazione delle strutture competenti alla pubblicazione

¹³ I soggetti responsabili della trasmissione degli atti, dei dati e delle informazioni all'URP ai fini della pubblicazione sul sito web di Ateneo, possono proporre una modifica dei termini di trasmissione previsti nell'Appendice 2.3.C del P.I.A.O., inviando la richiesta all'indirizzo uff.etica-trasparenza@pec.unina.it. Tali richieste saranno valutate ai fini dell'aggiornamento annuale del P.I.A.O.

¹⁴ Dlgs 33/2013 e, in particolare, gli articoli 37 (obblighi di pubblicazione concernenti contratti pubblici di lavori, servizi e forniture), 9 – bis (pubblicazione delle banche dati); d.lgs. 36/2023 e, in particolare, l'articolo 20 (principi in materia di trasparenza), l'articolo 28 (Trasparenza dei contratti pubblici), la delibera ANAC 261 del 20 giugno 2023 (adottata in attuazione dell'articolo 23, comma 5, del d.lgs. 36/2023 e recante «Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l'integrazione con i servizi abilitanti l'ecosistema di approvvigionamento digitale»), la delibera ANAC 264 del 20 giugno 2023, integrata e modificata con delibera 601 del 19 dicembre 2023 (adottata in attuazione dell'articolo 28 comma 4 del d.lgs. 36/2023 e recante «individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.>; le FAQ ANAC, aggiornate al 18 novembre 2024, relative agli obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture ai sensi dell'articolo art 37, d.lgs. 33/2013.

degli atti, dati ed informazioni; infine, neutralizzare il rischio che uno stesso atto, dato, informazione sia pubblicato in diverse sezioni della pagina e rispettare il principio dell'unicità del luogo di pubblicazione e dell'invio delle informazioni (cd principio del once only).

2. Procedura per la pubblicazione di atti e dati sul sito web di Ateneo, monitoraggio, attività di controllo della Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) di Ateneo

Attualmente gli attori coinvolti a vario titolo nel processo di pubblicazione degli atti sono:

- il Responsabile della elaborazione dei dati/atti/informazioni;
- il Responsabile della trasmissione dati/atti/informazioni;
- il Responsabile della pubblicazione dei dati/atti/informazioni;
- il Responsabile del monitoraggio dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione.

I responsabili dei procedimenti presso le strutture di Ateneo, quali detentori dei dati e delle informazioni, avviano il processo di pubblicazione attraverso la trasmissione degli stessi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, mediante le modalità rese note nella carta dei servizi '*Pubblicazioni di atti, dati ed informazioni all'Albo Ufficiale di Ateneo e/o sul sito web di Ateneo*', costantemente aggiornata e consultabile nella pagina [Servizi erogati - anche a distanza - dalle Strutture di Ateneo](#). In tale carta dei servizi si darà conto anche delle procedure per le quali sono avviate le nuove modalità di pubblicazione, mediante apposita piattaforma.

La predetta trasmissione presuppone l'elaborazione dei dati e delle informazioni a cura del Responsabile del procedimento che, prima d'inviare la richiesta di pubblicazione all'URP, deve verificarne la veridicità e l'attendibilità, nel rispetto di quanto previsto dalle disposizioni che regolano la materia, rispettando in ogni caso le seguenti prescrizioni:

- indicare chiaramente la data iniziale e finale della pubblicazione, la struttura alla quale si riferiscono, la/e pagina/e del sito in cui effettuare la pubblicazione;
- verificare previamente che i dati, le informazioni e i documenti da pubblicare siano in formato aperto¹⁵;
- assicurare l'aggiornamento dei dati e delle informazioni nei tempi indicati nell'appendice 2.3.C del P.I.A.O.;
- oscurare i dati e le informazioni da non pubblicare nel rispetto delle disposizioni in materia di trattamento dei dati personali;
- chiedere l'eliminazione o l'oscuramento delle informazioni non più attuali o per le quali non vige più l'obbligo di pubblicazione.

L'URP provvede, quindi, alla pubblicazione indicando chiaramente la data della stessa o, in caso di aggiornamento, la data dell'ultima revisione.

Si prescinde dalla suindicata procedura in caso di dati e documenti pubblicati autonomamente dalle strutture sul sito, grazie a meccanismi di filtro automatici dei sistemi informatici di Ateneo; nel caso in cui i dati e le informazioni siano archiviati in una banca dati, il responsabile della trasmissione dei dati assicura il popolamento dell'archivio con meccanismi di sincronizzazione automatica tra tali sistemi ed il portale di Ateneo.

In collaborazione con il Centro di Ateneo per i Servizi Informativi (CSI) sono stati predisposti, infatti, una serie di filtri che consentono di prelevare i dati dalle banche dati centrali di Ateneo, consentendo così la pubblicazione immediata degli stessi a valle della quotidiana attività lavorativa degli uffici coinvolti; i

¹⁵ A tal proposito, si richiama l'attenzione sulla delibera ANAC n. 294 del 13.04.2021, nella quale si invitano le Amministrazioni al puntuale rispetto della normativa anche in materia di dati 'aperti' e di indicizzazione delle pagine contenute nella sezione Amministrazione trasparente, al fine di impedire l'inserimento di filtri alla loro rintracciabilità tramite motori di ricerca. Per una panoramica sui principali formati aperti adottabili, si vedano le Linee Guida Agid recanti regole tecniche per l'apertura dei dati e il riutilizzo dell'informazione del settore pubblico, consultabili al seguente link: www.agid.gov.it/sites/agid/files/2024-05/lg-open-data_v.1.0_1.pdf

dati così trattati, laddove possibile, sono quindi resi disponibili all'utente in maniera automatica, certificata e tempestiva.

I Dirigenti dell'Amministrazione centrale ed il personale delle Aree dei Funzionari e delle Elevate professionalità con incarico di Capo Ufficio conferito dal Direttore Generale sono i Responsabili del monitoraggio dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione.

Tali soggetti inviano la reportistica secondo le modalità e le scadenze previste nella Appendice 2.2 (cfr. obiettivi correlati all'Etica e Trasparenza in tabella 2.2.2 e in tabella 2.2.3) a cui si rinvia.

Per agevolare i Responsabili del monitoraggio sono state realizzate - a cura dell'Ufficio Etica e Trasparenza - **pagine web 'dedicate' alle singole Aree dirigenziali e alle altre Strutture di Ateneo**, all'interno delle quali è disponibile tutta la documentazione utile ed i facsimili da utilizzare in sede di monitoraggio.

I link per accedere a tali pagine sono riportati nell'area riservata di tutte le unità di personale dirigenziale e tecnico amministrativo, alla voce *Anticorruzione*.

In attuazione dell'art. 43 del D. Lgs. 33/2013 nonché di una specifica azione per conseguire le direttrici strategiche per l'etica e la trasparenza, confermata anche per l'anno 2026, la RPCT di Ateneo, per il tramite dell'Ufficio Etica e Trasparenza, effettua l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio quadrimestrale¹⁶ sullo stato di aggiornamento della sezione “Amministrazione trasparente”, dandone comunicazione al Nucleo di Valutazione, al Direttore generale, ai Referenti della trasparenza e ai Capi degli uffici.

Il Nucleo di Valutazione di Ateneo, con cadenza annuale e secondo le direttive dell'ANAC, attesta l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al fine “*di controllare l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, esercitando poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle amministrazioni pubbliche e ordinando di procedere, entro un termine non superiore a trenta giorni, alla pubblicazione di dati, documenti e informazioni, all'adozione di atti o provvedimenti richiesti dalla normativa vigente, ovvero alla rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza*” (art. 45, co. 1, del d.lgs. 33/2013).

Nel triennio 2026-2028 proseguirà, in ogni caso, l'impegno della RPCT di Ateneo e dell'Ufficio Etica e Trasparenza nel supportare le strutture di Ateneo per il corretto adempimento della normativa in materia di trasparenza anche alla luce del passaggio al nuovo portale di Ateneo avvenuto nel corso del 2025.

Si rappresenta, infine, che con delibera 495 del 25 settembre 2024, pubblicata il 19 novembre, l'ANAC ha previsto nuove modalità di pubblicazioni relativamente alla sezione *Amministrazione trasparente*, con particolare riferimento agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche), 13 (organizzazione) e 31 (controlli su attività e organizzazione) del decreto d.lgs. 33/2013; l'Anac ha altresì concesso alle amministrazioni un periodo transitorio di 12 mesi, per procedere all'aggiornamento delle sezioni AT rispetto ai predetti schemi relativi ai citati articoli. Al riguardo, si fa rinvio all'appendice 2.3.A al PIAO 2026/2028 (cfr. azione n. 13).

¹⁶ I monitoraggio RPCT-UET: periodo di riferimento 1 gennaio – 30 aprile con comunicazione degli esiti entro il 20 maggio; II monitoraggio RPCT-UET: periodo di riferimento 1 maggio – 31 agosto con comunicazione degli esiti entro il 20 settembre; III monitoraggio RPCT-UET: periodo di riferimento 1 settembre – 31 dicembre con comunicazione degli esiti entro il 20 gennaio.

3. Bilanciamento tra trasparenza e privacy

E' di fondamentale importanza sottolineare il legame inscindibile tra la disciplina in materia di trasparenza e quella a tutela della privacy: ai sensi del Regolamento europeo in materia, il titolare del trattamento è tenuto a porre in essere le misure tecniche e organizzative necessarie per garantire che siano pubblicati solo i dati necessari per ogni specifica finalità di trattamento; la diffusione, intesa come conoscenza dei dati personali da parte di soggetti indeterminati, è ammessa esclusivamente se prevista da una norma di legge o di regolamento.

Pertanto, per ciascuno degli obblighi di pubblicazione riepilogati nell'appendice 2.3.C al P.I.A.O., i diversi responsabili devono comunque contemperare l'attuazione della trasparenza con l'interesse costituzionalmente protetto della tutela della riservatezza, adottando - prima della richiesta di pubblicazione - tutte le cautele necessarie per evitare un'indebita diffusione dei dati personali.

Qualora il Responsabile del procedimento rilevi un potenziale rischio o nutra dubbi in ordine alla possibile compromissione della privacy, dovrà darne immediata comunicazione all'Ufficio Privacy e all'URP e collaborare, per la parte di competenza, con gli stessi e con le competenti Aree anche in caso di predisposizione di quesiti al Garante della privacy.

Nelle more dei chiarimenti richiesti, il Responsabile del procedimento ed il Referente per la trasparenza valuteranno, anche con il supporto dei predetti Uffici - ciascuno per la parte di competenza - la necessità o l'opportunità (nel rispetto del principio di precauzione) di soprassedere temporaneamente nell'invio della richiesta di pubblicazione all'URP; laddove si tratti di dati già pubblicati, verificheranno la possibilità di procedere ad un immediato oscuramento temporaneo degli stessi, facendone richiesta all'URP, accompagnata dalla documentazione priva dei dati da oscurare e quindi già debitamente ommissata degli stessi.

4. Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico “semplice” e “generalizzato”

Lo strumento che più di tutti consente al cittadino di entrare in contatto con l'Amministrazione dando attuazione al principio di trasparenza e consentendo un dialogo collaborativo è il diritto di accesso; accanto al diritto di accesso ai documenti amministrativi (disciplinato dalla L. n. 241/1990 e s.m.i.), l'art. 5 del d.lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii. ha introdotto nel nostro ordinamento l'istituto dell'accesso civico “semplice” (comma 1) e “generalizzato” (comma 2).

L'URP e l'Area Organizzazione e Sviluppo rendono disponibile sul sito web di Ateneo - nella pagina <http://www.unina.it/modulistica/relazioni-con-il-pubblico> - i facsimili utilizzabili per proporre le domande di accesso documentale, accesso civico cd. semplice ed accesso civico generalizzato.

Il diritto di accesso civico può essere esercitato gratuitamente, con richiesta da inoltrare presso l'URP; per ulteriori dettagli e per conoscere le modalità di presentazione dell'istanza di accesso ed i recapiti dell'URP, è possibile consultare il sito web di Ateneo, al seguente link: https://www.unina.it/trasparenza/altri#p_p_id_101_INSTANCE_4KqpuUX3gg5

Si evidenzia che, sia durante i periodi di *lockdown* per l'emergenza pandemica da Covid-19 che successivamente al ristabilirsi della situazione ordinaria, l'URP, in sede di accesso civico e documentale, ha implementato una nuova procedura di rilascio degli atti richiesti con l'invio gratuito in formato elettronico degli stessi a mezzo pec, con l'ausilio dell'applicativo di Ateneo *Filesender unina*. L'utilizzo della metodologia on line, inizialmente dettata dall'esigenza di una limitazione dei contatti fisici per far fronte all'emergenza pandemica da Covid-19, viene tuttora largamente utilizzata dall'URP. Inoltre, l'URP garantisce supporto, laddove richiesto, in occasione delle ipotesi di cd. accesso informale, da esercitare presso l'unità organizzativa che detiene gli atti.

Al riguardo, si ricorda la necessità di fare ricorso con priorità all'accesso informale - nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 5 e 6 del D.P.R. n. 184/2006 - a meno che sorgano dubbi sulla legittimazione del richiedente, sulla sua identità, sui suoi poteri rappresentativi, sulla sussistenza dell'interesse alla stregua delle informazioni e delle documentazioni fornite, sull'accessibilità del documento o sull'esistenza di controinteressati; le medesime considerazioni possono essere riferite anche all'ipotesi di accesso endoprocedimentale, esercitato ai sensi dell'art. 10 della L. n. 241/1990.

Infine, nella sezione *Amministrazione trasparente* del sito web di Ateneo, è possibile consultare il registro *on line* delle istanze di accesso civico generalizzato, aggiornato con cadenza almeno semestrale. Il Registro contiene l'elenco delle richieste pervenute e il relativo esito, con l'indicazione sommaria della motivazione, allo scopo di agevolare i cittadini nella consultazione delle richieste già presentate e monitorare l'andamento delle richieste medesime.

2.3.7. Monitoraggio dei rapporti tra l'Amministrazione e soggetti esterni e Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

1. Rapporti con imprese

Nell'ambito dell'Area Attività Contrattuale, gli Uffici Contratti, prima della stipula del contratto, procedono all'acquisizione della documentazione da cui risulta la compagine societaria (rappresentanti legali, amministratori con poteri di rappresentanza, consiglieri e soci, direttori tecnici, dipendenti impiegati nell'esecuzione del contratto) e verificano, per il tramite della Prefettura, la ricorrenza delle condizioni richieste dalla normativa anti - mafia.

2. Rapporti con enti partecipati

Con specifico riferimento alla tematica delle relazioni tra Università ed enti partecipati, l'Ufficio Affari generali e l'Area di afferenza hanno proseguito l'azione di monitoraggio delle partecipazioni dell'Ateneo, curando nel corso del 2025 la predisposizione della Relazione sullo stato di attuazione del piano di razionalizzazione delle partecipazioni societarie detenute al 31/12/2023, approvata dal CdA di Ateneo con [Delibera CdA n. 70 del 19/12/2025](#).

Si è proceduto altresì .

Si è proceduto altresì alla revisione periodica delle partecipazioni pubbliche detenute dall'Ateneo ai

- sensi dell'art. 20, commi 1, 2 e 3, del Decreto Legislativo 19 agosto 2016, n. 175 e all'adozione del Piano operativo di razionalizzazione delle partecipazioni societarie detenute, corredato da apposita relazione tecnica, con indicazione delle misure da adottare, delle modalità e dei tempi di attuazione; tale Piano è stato approvato dal CdA di Ateneo con [Delibera CdA n. 71 del 19/12/2025](#).

3. Rapporti con la società civile

In Ateneo è attivo un canale dedicato (indirizzo e-mail anticorruzione@unina.it e indirizzo PEC anticorruzione@pec.unina.it) da utilizzare per eventuali comunicazioni al R.P.C.T. e all'Ufficio Etica e Trasparenza.