



Piano triennale di prevenzione della corruzione 2019-2021

*dell'Azienda ospedaliera per l'Emergenza
"Cannizzaro" di Catania*

*Ai sensi della Legge 190/2012,
dell'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione
e del Piano Nazionale Anticorruzione 2016*

INDICE

1. Premessa	2
2. Ambiti e limiti	4
2.1 Definizione di corruzione	4
2.2 Normativa di riferimento	5
2.3 Ruolo del Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC)	6
2.4 Individuazione dei referenti del RPC	8
3. Obiettivi, soggetti e strumenti	9
3.1 Soggetti coinvolti	9
3.2 Il procedimento di formazione del Piano	10
3.3 Strumenti previsti	13
3.4 Collegamenti con altri documenti di pianificazione	14
3.5 Protezione dei dati personali e rapporto con l'Anticorruzione	14
4. Analisi del contesto	16
4.1 Contesto interno	17
4.2 Contesto esterno	22
5 Aree di rischio generali	25
5.1 Contratti pubblici e procedure di gara	25
5.2 Area legale sinistri: monitoraggio	26
5.3 Area Personale: incarichi e nomine	28
5.4 Gestione entrate, spese e patrimonio	30
6 Aree di rischio specifiche	31
6.1 Attività Libero Professionale Intramuraria	31
6.2 Attività Ambulatoriale: informatizzazione	32
6.3 Farmacia	33
6.4 Informatizzazione Sanitaria	34
6.5 Centro Unificato Prenotazioni	35
6.6 Rischio Clinico	35
6.7 Attività post-decesso	36
6.8 Altri aspetti in sanità: comitati etici	37
7. Analisi dei rischi e mappatura dei processi	38
7.1 Attività di controllo in ambito P.A.C.	38
7.2 Piano delle attività di Audit	40
8 Misure previste e attuate	48
8.1 Formazione	48
8.2 Codice etico-comportamentale	50
8.3 Rotazione degli incarichi	51
8.4 Trasparenza e accesso civico	53
8.5 Conflitto di interessi: delibera ANAC 2017	55
8.6 Monitoraggio appalti di servizi e forniture	58
8.7 Attività ed incarichi extra-istituzionali	59
8.8 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)	59
8.9 Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali	61
8.10 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione	61
8.11 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)	62
8.12 Nomina responsabile anti-riciclaggio	63
8.13 Nomina responsabile RASA	63
8.14 Patto di integrità	63
8.15 Monitoraggio dei tempi procedurali	64
ALLEGATI	65
A. Codice etico-comportamentale dei dipendenti	66
B. Regolamento aziendale per il diritto d'accesso civico ai documenti amministrativi	79
C. Patto di integrità relativo alle gare di appalto di lavori, beni e servizi	84
D. Regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)	87

1. Premessa

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione per il periodo 2019-2021 è redatto in attuazione della legge n. 190 del 6 novembre 2012 e ss.mm.ii., alla luce del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 e dell'aggiornamento 2018 adottato dal Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n. 1074 del 21 novembre 2018. Inoltre, questo PTPC si basa sulle proposte indicate tra l'altro nell'aggiornamento e nel PTPC relativi al 2015 e 2016, nei quali era stato sviluppato e approfondito l'ambito sanitario anche grazie all'apporto degli appositi tavoli tematici di ANAC, Ministero della salute e AGENAS.

L'ultimo aggiornamento al PNA si concentra su aspetti non direttamente riguardanti l'area di attività di questa Amministrazione. Annualmente, infatti, ANAC focalizza alcuni settori e tipologie istituzionali che, per la peculiarità e la rilevanza degli interessi pubblici trattati, sono giudicati meritevoli di un approfondimento, al fine di esaminare i principali rischi di corruzione e i relativi rimedi e di fornire supporto nella predisposizione dei PTPC alle amministrazioni coinvolte. In particolare, l'aggiornamento 2018 pone l'accento sulla gestione dei fondi strutturali, sulla gestione dei rifiuti e sulle Agenzie fiscali, nonché sui Comuni di piccole dimensioni relativamente all'individuazione di modalità semplificate di attuazione degli obblighi in materia di pubblicità, trasparenza e prevenzione della corruzione.

Sono, comunque, elementi di attenzione e considerazione anche in questo Piano ulteriori aspetti sui quali, fra gli altri, ANAC è intervenuta nell'ultimo aggiornamento, e cioè:

- le indicazioni sulle modalità di adozione annuale del PTPC;
- la ricognizione dei poteri e del ruolo che la normativa conferisce al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e i requisiti soggettivi per la sua nomina e la permanenza in carica;
- i rapporti fra trasparenza, intesa come obblighi di pubblicazione, e nuova disciplina della tutela dei dati personali introdotta dal Regolamento UE 2016/679 e il rapporto tra RPCT e Responsabile della protezione dei dati (RPD);
- indicazioni sull'applicazione dell'ipotesi relativa alla c.d. "incompatibilità successiva" (*pantouflage*) e sull'adozione dei codici di comportamento da parte delle amministrazioni;
- le indicazioni sull'attuazione della misura della rotazione del personale.

Questa Amministrazione è ben consapevole che «le misure indicate dall'Autorità sono esemplificative di quelle che possono essere inserite nei PTPC e sono state elaborate per supportare gli enti nell'individuazione degli strumenti di prevenzione della corruzione che dovrà tenere conto delle specificità di ogni organizzazione»; e che, pertanto, resta immutata la responsabilità dell'Amministrazione nell'individuare, «in base allo specifico contesto organizzativo», «le misure più appropriate e le modalità più idonee per attuare e declinare le misure indicate nel PNA e altri presidi ritenuti utili per la prevenzione della corruzione».

In tale luce, questa Azienda prevede di migliorare misure proposte e attuate finora, anche grazie alle indicazioni fornite dall'ANAC. Nell'aggiornare, pertanto, il PTPC precedente, vengono in modo particolare integrati nuovi contenuti relativi al trattamento dei dati, alla luce delle disposizioni introdotte dal citato Regolamento UE cosiddetto "GDPR" (General Data Protection Regulation). L'Azienda ritiene che questo aspetto rappresenti non soltanto una formale innovazione, ma una sostanziale sfida che investe in particolar modo le Aziende ospedaliere e sanitarie in quanto gestiscono i più delicati dati

sensibili quali quelli sulla salute. La Direzione Aziendale ha pertanto avviato un percorso che, per quanto riguarda gli aspetti rilevanti ai nostri fini, sarà in certa misura trattato anche in questa sede.

La redazione di questo documento, inoltre, tiene in considerazione i rilievi esposti nell'aggiornamento 2018 del PNA relativamente alla valutazione dei PTPC effettuata dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" per conto di ANAC, nella quale si mettono a confronto i Piani 2015-2016 con quelli 2017-2019; l'esito è stato esaminato da questa Amministrazione ai fini dell'autovalutazione e quindi del miglioramento dell'attuale PTPC. In particolare, l'applicazione delle considerazioni generali all'esperienza di questa Azienda permette di esporre le seguenti considerazioni.

- 1) **L'analisi del contesto esterno** è stata da questa Amministrazione sempre effettuata, contrariamente alle percentuali di assenza sui Piani presi in esame dalla ricerca, ed è stata progressivamente, negli anni, approfondita e perfezionata.
- 2) Questa Azienda ha altresì sempre effettuato la **mappatura dei processi** nelle aree cosiddette "obbligatorie" e anche nelle aree "specifiche", ritenendo di avere maturato significativi progressi in questa attività anche grazie alle indicazioni di ANAC e alla formazione del RPCT; si ritiene tuttavia di potere ancora migliorarla e pertanto si sposa l'aspettativa contenuta nel PNA 2018 di "un miglioramento qualitativo della mappatura dei processi anche per le cosiddette aree "ulteriori" (ora "specifiche")".
- 3) Per quanto riguarda ulteriori aspetti, si riconosce un discreto risultato conseguito nella valutazione del rischio e una possibilità di miglioramento nella fase del trattamento del rischio.

Relativamente ad altri elementi valutati dall'analisi dell'Università Tor Vergata e che possono essere considerati quali obiettivi da raggiungere, questa Azienda individua la possibilità di adozione, accanto alla procedura, di una soluzione tecnica di inoltro e gestione delle segnalazioni di illeciti (whistleblowing), come approfondito più avanti.

Sono stati consultati quali riferimenti anche alcuni volumi in materia. Il libro del presidente dell'Anac Raffaele Cantone e di Enrico Carloni "Corruzione e Anticorruzione" (Feltrinelli, 2018) è stato utile sotto vari profili ed illuminante nella parte in cui approfondisce gli aspetti della sanità. In particolare, laddove, parlando di regime di intra moenia, riporta: "I dati realmente utili per le politiche di prevenzione non sono tanto quelli che consentono di misurare il fenomeno, quanto quelli capaci di allertare rispetto alla presenza di 'rischi'; su questi sta ad esempio lavorando [...] l'ANAC adottando un approccio molto diffuso, che funziona essenzialmente come l'accensione di una spia di allarme (le cosiddette 'red flags'), paragonabile alle spie del cruscotto di un automobile, utili sia a chi guida e a cioè a chi governa l'amministrazione, sia ai meccanici e cioè ai controllori, come strumento per direzionare l'attività".

Nerina Dirindin, Chiara Rivoiro, Luca De Fiore, in "Conflitti di interesse e salute" (Il Mulino, 2018), focalizzano l'attenzione sull'influenza che le case farmaceutiche e i collaboratori scientifici sulle scelte operate dai medici. A tal proposito, scrivono: "La sanità è infatti per definizione un settore nel quale si sviluppa una fitta rete di rapporti che connettono sistematicamente e con una molteplicità di legami molti attori [...]. Il professionista, nello svolgimento del proprio lavoro, si trova immerso in una pluralità di legami, i quali, anche indirettamente, possono ingenerare una varietà di fattori di rischio, in grado di condizionare i suoi comportamenti verso obiettivi diversi da quello per il quale si è assunto una responsabilità primaria (ad esempio, curare un paziente o curare ricerche scientifiche rigorose)".

Molto proficui anche i contenuti del saggio del consigliere Anac Michele Corradino, "E' normale... lo fanno tutti. Perché l'illegalità si nasconde nella quotidianità" (Chiarelettere, 2016),

piuttosto innovativo in quanto propone la chiave di lettura dell'azione delle lobby nelle scelte della Pubblica Amministrazione. A tale proposito, l'autore propone di istituire da parte del Governo un registro pubblico dei lobbisti, prendendo a prestito la definizione di J. F. Kennedy: "I lobbisti sono quelle persone che per farmi comprendere un problema impiegano dieci minuti e mi lasciano sulla scrivania cinque fogli di carta. Per lo stesso problema i miei collaboratori impiegano tre giorni e decine di pagine".

Ugualmente utile è stata la consultazione del libro "L'Autorità Nazionale Anticorruzione tra prevenzione e attività regolatoria", a cura della prof.ssa Ida A. Nicotra, consigliere Anac, contenente interventi di altri autorevoli esperti, che approfondisce e offre spunti di riflessione su tematiche in continua evoluzione; la materia, infatti, è "in progress" e richiede costante aggiornamento da parte di tutti gli attori impegnati nello studio e nell'applicazione delle norme anticorruzione. A questo proposito, si riconosce l'apporto significativo di Anac e di Agenas, che si interfacciano e costituiscono punti di riferimento per la soluzione di ogni criticità e la definizione di qualunque problematica in una materia per natura magmatica.

2. Ambiti e limiti

2.1 Definizione di corruzione

Ai fini del presente piano, il concetto di corruzione è inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni nelle quali, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti sono infatti più ampie della fattispecie penalistica disciplinata dagli artt. 318, 319 e 319 ter c.p., e sono tali da comprendere l'intera gamma dei delitti contro la P.A. per esteso disciplinati nel titolo II, Cap I del Codice penale, nonché con riguardo a situazioni nelle quali si prescinde dalla rilevanza penale e venga in evidenza un mal funzionamento dell'Amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

La definizione contenuta nel PNA 2016 non è solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

Occorre, cioè, porre attenzione ed esaminare atti e comportamenti che, anche se non si configurano come specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

In questa accezione più ampia, la nozione di corruzione comprende tutte quelle situazioni di malfunzionamento della P.A., anche a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo

2.2 Normativa di riferimento

La normativa di riferimento è individuabile nelle seguenti disposizioni legislative:

- D.Lgs 30/03/2001 n.165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- Legge 116 del 3/8/2009 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell’organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione adottata dalla Assemblea Generale dell’ONU il 31/10/2003 con risoluzione n. 58/4 firmata dallo stato italiano il 9/12/2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale ed al codice di procedura penale”;
- Decreto Legislativo n- 150 del 27/10/2009 “Attuazione della legge 4/03/2009, 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- Legge 6/11/2012 n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- D.P.C.M. del 16/01/2013: Istituzione del Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione;
- Linee di indirizzo del 13/03/2013 emanate dal Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Circolare n 1 del 25/01/2013 del Dipartimento della Funzione pubblica e la semplificazione l. n. 190 del 6 novembre 2012, recante disposizioni per la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione
- Decreto 01/03/2013 del Ministeri della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, “Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità”;
- D.Lgs 8/4/2013 n.39 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’art. 1 commi 49 e 50 della legge 6/11/2012 n. 190”;
- Delibera CIVIT n. 72/2013: Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- D.Lgs. 14/03/2013 n.33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Circolare n. 2 del 19/07/2013 del Dipartimento della funzione pubblica e la semplificazione: D.lgs. n.33 del 14/03/2013 – Attuazione della trasparenza;
- DPR 16/04/2013 n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del D.Lgs. 30/03/2001 n. 165.”
- Art. dal 318 al 322 del Codice Penale Italiano;
- Piano Nazionale Anticorruzione – Aggiornamento 2015, adottato dal Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015;
- Piano Nazionale Anticorruzione 2016, adottato dal Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n. 831 del 3 agosto 2016;
- Piano Nazionale Anticorruzione – Aggiornamento 2017, adottato dal Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n. 1208 del 22 novembre 2017;
- Piano Nazionale Anticorruzione – Aggiornamento 2018, adottato dal Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n. 1074 del 21 novembre 2018;

- Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50, “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”;
- Delibera ANAC n. 358 del 29 marzo 2017, «Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale»;
- D. Lgs 25 maggio 2017, n. 74, “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”, che interviene sulla disciplina della misurazione e valutazione della performance dei dipendenti pubblici;
- Legge 30 novembre 2017, n. 179, “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”;
- GDPR, General Data Protection Regulation 2016/679
- Decreto Legislativo n.101/2018 di “Adeguamento al Regolamento UE 2016/679”
- Provvedimento del Garante Privacy n°467 dell'11/10/2018.

2.3 Ruolo del Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC)

Il Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza è stato definito nel saggio intitolato: “Corruzione e Anticorruzione” di Raffaele Cantone (Presidente dell'Autorità Anticorruzione) e Enrico Carloni (ordinario di diritto amministrativo) *“una figura di snodo indispensabile nelle intenzioni della legge Severino”* (legge 190/2012).

Sul profilo del RPCT l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha recentemente adottato la delibera n. 840 del 2 ottobre 2018, in cui come si legge testualmente nell'Aggiornamento al Piano Anticorruzione 2018/2020: *“Sono state date indicazioni interpretative e operative con particolare riferimento ai poteri di verifica, controllo e istruttori del RPCT nei caso in cui rilevi o siano segnalati casi di presunta corruzione”*.

L'ANAC sottolinea che il ruolo principale assegnato dal legislatore al RPCT è quello di predisporre idonei strumenti atti a ridurre e contrastare il sorgere dei fenomeni corruttivi, mentre “i poteri di vigilanza e controllo” sono funzionali al ruolo principale e vanno coordinati con quelli di altri organi di controllo, in maniera da non creare sovrapposizioni o duplicazioni.

È opportuno ricordare che l'ANAC riconosce che il Responsabile dell'Anticorruzione in caso di eventi corruttivi possa acquisire atti e documenti o svolgere audizione dei dipendenti, al fine di avere una completa visione dei fatti corruttivi.

L'Autorità esclude che vi possano essere: “situazioni di coincidenza di ruoli tra controllore e controllato” pertanto il RPCT non può ricoprire il ruolo di componente o di presidente dell'Organismo indipendente di valutazione (OIV), dell'organismo di vigilanza (ODV) o del nucleo di valutazione”.

Ancora occorre ricordare che nell'aggiornamento 2015 al PNA l'Autorità ha posto l'accento sulla necessità di indipendenza della figura del Responsabile dell'anticorruzione rispetto all'organo di indirizzo.

Come previsto da normativa in vigore, secondo le modifiche apportate dal d.lgs 97/2016, in questa Azienda ospedaliera già il ruolo del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza era ricoperto da un unico soggetto. Infatti il Responsabile della Prevenzione e della Corruzione è stato individuato – ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 6 novembre 2012 n.190 - con deliberazione n. 112/CS del 18/01/2013 ed è anche Responsabile della trasparenza nominato con deliberazione n. 1795/CS del 12/07/2013.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione svolge i seguenti compiti:

- entro il 31 gennaio di ogni anno, propone all'organo di indirizzo politico, per l'approvazione, il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione la cui elaborazione non può essere affidata a soggetti estranei all'amministrazione (art. 1 comma. 8 L. 190/2012);
- entro il 31 gennaio di ogni anno, definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori di attività particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica l'efficace attuazione e l'idoneità del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione;
- propone la modifica del piano, anche a seguito di accertate e significative violazioni delle prescrizioni;
- d'intesa con il dirigente/responsabile competente, verifica l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività per le quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- entro il 31 gennaio di ogni anno come stabilito dall'ANAC pubblica nel sito web dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette all'organo di indirizzo.

Secondo la normativa vigente, nel caso in cui all'interno della Azienda un dipendente è condannato con sentenza passata in giudicato per un reato di corruzione, è contemplata l'imputazione di una responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa, tranne che il responsabile dimostri di aver predisposto il piano prima dell'avvenimento del fatto, di avere adempiuto alle norme contenute ai commi 9 e 10 dell'art.1 della legge 190/2012 e di avere vigilato sul funzionamento del piano.

In capo al RPCT, in qualità di Responsabile anche della trasparenza, l'art. 46 del d.lgs. n. 33 del 2013 e s.m.i. pone una responsabilità per la violazione degli obblighi di trasparenza, in quanto stabilisce che l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e/o la mancata predisposizione del P.T.P.C.T. sono "elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale", nonché "eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione" e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

Tutto ciò concorre a disegnare la figura che, come scrive l'Anac nella citata determina n. 12 del 28-10-2015, «rappresenta, senza dubbio, uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza». Inoltre come stabilito, tra l'altro, nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016, nel quale vengono richiamate le modifiche apportate dal D.Lgs.97/2017, risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti della struttura. Si delinea, come testualmente recita il PNA 2016: "Un modello a rete in cui il RPCT possa effettivamente esercitare poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui funzionalità

dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano alla adozione e alla attuazione delle misure di prevenzione”.

Il RPCT si impegna, secondo quanto disposto nel D.lgs.97/2016, di comunicare agli uffici preposti le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sulla osservanza del piano.

Secondo quanto previsto nella sezione Sanità del PNA il RPCT si impegna durante il triennio di vigenza del presente piano ad elaborare misure e strategie preventive e a segnalare criticità o specifici eventi corruttivi o di cattiva gestione e a vigilare sulla corretta gestione del piano. Il RPCT considera il proprio ruolo un impegno da assolversi durante l'arco dell'anno (work in progress) pertanto ritiene opportuno pubblicare sul Web Aziendale a completamento del Piano documenti che possano integrarlo.

Può essere utile ricordare che nell'aggiornamento al piano già richiamato l'ANAC definisce il RPCT figura chiave nelle amministrazioni. L' Autorità, con deliberazione 330 del 29 marzo 2017, ha adottato il 29 marzo 2017 il: *“Regolamento sull'esercizio delle attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33,”*. Preme sottolineare che nel citato aggiornamento ha chiarito *“le modalità di interlocuzione con RPCT”*. L'ANAC si rivolge al RPCT per rendere noto l'avvio di un procedimento. L'Autorità può richiedere al Responsabile anticorruzione – che ha l'obbligo di collaborare – informazioni e documenti, corredati da una idonea relazione.

Ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. n.33/2013 l'ANAC non soltanto controlla l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione, ma esercita anche poteri ispettivi, richiede atti e documenti che dovranno essere pubblicati entro trenta giorni. *“Ovvero può procedere alla rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole della trasparenza”*. Infine il RPCT svolge – ai sensi dell'art. 43 co.1 d-lgs n.33/2013 – attività di controllo sugli obblighi di pubblicazione all'interno della amministrazione. In caso di mancata pubblicazione il Responsabile lo segnala all'organo di indirizzo politico, all'organismo indipendente di valutazione, all'Anac e nei casi più gravi: *“all'ufficio di disciplina”*.

Si rassegnano, infine, brevi considerazioni sulla figura del RPCT di questa Azienda.

Occorre riconoscere che il RPCT ha avuto il supporto dalla Direzione Strategica aziendale, ha stabilito un dialogo proficuo con le figure apicali, che hanno soddisfatto le richieste del RPCT.

Il RPCT di questa Amministrazione è stato oggetto di rotazione, tenuto conto che era stato assegnato al settore Tecnico, la Direzione Strategica di concerto con lo stesso Responsabile anticorruzione, stante il rischio di conflitto di interesse nell'area degli appalti (controllore e controllato), ha stabilito di assegnarlo nell'area Direzione Sanitaria Aziendale

Bisogna brevemente considerare che i referenti individuati già nel precedente piano hanno dato un efficace contributo al RPCT di questa Azienda sia nella stesura del piano sia nel rispettare gli obblighi di pubblicazione e trasparenza. Anche grazie ai corsi tenuti all'interno della Azienda la figura del RPCT ha avuto modo di essere conosciuta e riconosciuta nel proprio ruolo. Infine il RPCT ha avuto uno scambio con i Direttori delle UOC in materia di conflitto di interesse, grazie alle schede di budget, per chiarimenti si rimanda al paragrafo in materia.

2.4 Individuazione dei referenti del RPC

Al fine di attuare la legge 190/2012 e ss.mm.ii., i contenuti dell'aggiornamento 2015 e del PNA 2016, come previsto nel PTPC 2016-2017, l'Azienda aveva individuato, fra i dipendenti, *“Referenti per la prevenzione della corruzione”*, che possano collaborare in maniera più diretta per l'area di rispettiva competenza e, maturando particolare competenza ed esperienza, rendere più efficiente l'azione

anticorruzione dell'intera Amministrazione. Nell'anno 2019 restano confermati, nell'organizzazione di questa Azienda, i seguenti referenti:

Area Sanitaria:

- Rischio Clinico: dott.ssa Anna Maria Longhitano
- Qualità: dott. Mario Bollo
- U.O. Farmacia: dott.ssa Agata La Rosa
- Area Medica e Chirurgica: dott. Franco Grasso Leanza
- Area Infermieristica: dott. Mario Conti
-

Area Amministrativa Tecnica e Professionale

- Provveditorato ed Economato: dott.ssa Daniela Granata
- Risorse Economiche e Finanziarie: dott. Fortunato Costantino
- Risorse Umane: dott.ssa Maria Spampinato
- Settore Tecnico e CED: ing. Maurizio Rampello
- Servizio Legale: dott. Carmelo Leocata;
- Ufficio Rapporti con l'utenza: dott. Salvatore Vitanza
- Comunicazione Istituzionale: dott. Orazio Vecchio

I suindicati referenti sono di supporto all'attività del RPCT nel controllo, nella prevenzione e nel contrasto alla corruzione e all'illegalità; individuano il personale che partecipa ai programmi di formazione specifica in materia di anticorruzione, suggeriscono le modalità organizzative atte a favorire la rotazione dei dipendenti, devono ottemperare a quanto previsto nella normativa vigente in materia di anticorruzione. In particolare, entro il 31 ottobre di ogni anno inviano al RTPC idonea relazione annuale nella quale saranno descritti i processi ed i relativi rischi, suggerendo misure per la prevenzione del rischio, nella relazione devono segnalare procedimenti attivati e sanzioni irrogate. Sono chiamati a dare ampia diffusione ai contenuti del piano e del Codice di condotta.

La RPCT ringrazia, in particolare, i dott. Fortunato Costantino e Orazio Vecchio per la collaborazione costantemente e generosamente fornita, anche per casi di non diretta e specifica competenza.

3. Obiettivi, soggetti e strumenti

La pianificazione anticorruzione e i documenti correlati perseguono tre obiettivi strategici: la riduzione delle possibilità che possano dare luogo a casi di corruzione; il potenziamento delle capacità di individuare casi di corruzione; la creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione.

Funzionali al raggiungimento di tali obiettivi sono gli strumenti che l'Azienda individua e i soggetti deputati a vario titolo a collaborare.

3.1 Soggetti coinvolti

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda, oltre al RPC, sono:

- il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario;

- i dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- i referenti per l'anticorruzione (elencati nel precedente paragrafo 2.4);
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.;
- tutto il personale e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.

Ai fini della concreta attuazione delle misure anticorruzione, è richiesto un ruolo attivo dei dirigenti, che, secondo l'art. 16, c. 1, del D.Lgs n. 165/2001: concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti; forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulino specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo; provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva; soddisfano ed adempiono nell'ambito delle proprie specifiche competenze agli obblighi di informazione previsti dal D.Lgs 14.03.2013 n. 33, e ss.mm.ii.

Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dipendenti, dei titolari di posizioni organizzative, dei titolari di incarichi di coordinamento e dei dirigenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione.

E' onere e cura del Responsabile della prevenzione della corruzione definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito del P.T.P.C.

3.2 Il procedimento di formazione del Piano

Questo PTPC è stato redatto a seguito di coinvolgimento dei soggetti elencati nel precedente paragrafo, nelle modalità di seguito specificate.

Direzione Strategica. È stata coinvolta attraverso un incontro al quale hanno partecipato:

- Dott.ssa Rosaria D'Ippolito, Direttore Amministrativo AOEC e Direttore Generale ff fino al 17-12-2018;
- Dott. Salvatore Giuffrida, Direttore Sanitario AOEC fino al 17-12-2018 e Commissario Straordinario dal 18-12-2018;
- Dott. Salvatore Torrisi Direttore del Dipartimento Amministrativo;
- Dott.ssa Mirella Cannada, Dirigente Amministrativo, responsabile Anticorruzione e Trasparenza AOEC;
- Dott. Orazio Vecchio, collaboratore amm. prof. le Comunicazione Istituzionale.

Dell'incontro è stato redatto verbale, che di seguito si riassume nella parte relativa alle proposte avanzate dalla Direzione.

VERBALE del 08/01/2019

**Incontro RPCT Direzione Strategica sull'elaborazione
del Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza**

[...] Entrando nel merito del Piano Anticorruzione, il Commissario Straordinario ritiene opportuno approfondire la mappatura e la valutazione dei rischi nell'area sanitaria individuati dall'ANAC nel PNA 2016, che in generale risultano essere una delle aree maggiormente esposte al rischio corruzione.

A tal proposito, il Direttore Amministrativo ritiene che l'interazione tra la RPCT e i settori aziendali è stata potenziata grazie alla individuazione dei "referenti anticorruzione" che hanno dato efficace contributo alla stesura del piano. Tra la direzione strategica, Responsabili dei Settori i referenti, si è stabilito un circolo virtuoso che ha potenziato la attenzione e la osservazione da parte della Azienda in toto sui fenomeni di maladministration

In merito all'aspetto del collegamento con altri atti e documenti aziendali, la Direzione evidenzia la rilevanza del Piano della Performance che produce un miglioramento dei processi aziendali

La RPCT, infine, ringrazia la Direzione non soltanto per il sostegno e l'apporto dato alla stesura de piano ma anche per opportunità di consentirle a partecipare agli incontri organizzati dall' ANAC, dall' Agenas e dall'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia, che sono stati proficui per la crescita professionale.

Stakeholders esterni. L'Azienda ha pubblicato sul proprio sito web istituzionale un avviso volto a raccogliere proposte e segnalazioni finalizzate all'elaborazione del Piano Anticorruzione. Il testo è stato pubblicato nella sezione Avvisi il 13 dicembre 2018; successivamente, il 7 gennaio 2019, al fine di aumentarne la visibilità e di conseguenza l'efficacia, è stato pubblicato sull'Home Page, nella sezione Primo Piano. Non sono tuttavia pervenute osservazioni o proposte.

Di seguito l'avviso completo.

AVVISO

Avviso pubblico volto ad acquisire suggerimenti in merito al Piano Anticorruzione per il triennio 2018-2020

La legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e l'aggiornamento annuale al Piano Nazionale Anticorruzione (delibera ANAC n. 1074 del 21-11-2018) stabiliscono che le Pubbliche Amministrazioni adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), coinvolgendo nell'elaborazione l'organo di indirizzo, la struttura organizzativa e gli stakeholder esterni.

Pertanto, per meglio individuare strategie e strumenti di prevenzione del fenomeno corruttivo, l'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza "Cannizzaro" di Catania si rivolge a tutti i soggetti portatori di interessi nei riguardi dell'Amministrazione al fine di allargare la partecipazione al processo di gestione del rischio.

Con questo obiettivo, l'Azienda invita le Associazioni, gli utenti, i dipendenti, gli operatori e ogni stakeholder a trasmettere proposte per la redazione e il miglioramento del PTPC 2019-2021.

Ogni comunicazione dovrà essere inoltrata entro il 14 gennaio 2019, all'indirizzo email mirella.cannada@aoec.it oppure orazio.vecchio@aoec.it.

Si ringrazia sin d'ora per la collaborazione.

Il RPCT
Dott.ssa Mirella Cannada

Organismo Indipendente di Valutazione. A differenza dello scorso anno, non è stato possibile osservare le raccomandazioni dell'ANAC nell'aggiornamento 2017 al PNA, relative al coinvolgimento dell'OIV nella predisposizione del PTPC. Infatti, l'OIV di questa Azienda non si è riunito da ottobre 2018, cioè dalla sua scadenza. È proposito del RPCT coinvolgere il nuovo Organismo di Valutazione una volta ricostituito, a seguito della procedura di selezione di cui all'avviso pubblicato il 9 ottobre 2018.

Si considerano comunque valide le raccomandazioni a suo tempo avute e cioè:

- coinvolgere l'organo di indirizzo, la struttura organizzativa e gli stakeholder esterni;
- perfezionare il sistema di monitoraggio esplicitandone le modalità di attuazione nei PTPC e dare conto delle risultanze dei precedenti monitoraggi, utili nella fase di riprogrammazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- inserire nel PTPC le soluzioni organizzative idonee a garantire la pubblicazione dei contenuti soggetti agli obblighi di trasparenza;
- coordinare e integrare il PTPC e il Piano della Performance.

L'OIV evidenzia altresì il proprio ruolo in materia di trasparenza e anticorruzione, in ordine alla verifica della coerenza tra gli obiettivi del PTPC e quelli del Piano della Performance, in generale degli altri strumenti di programmazione, nonché all'attestazione della pubblicazione del PTPC e dell'esistenza di misure idonee ad assicurare il regolare funzionamento ai fini dell'aggiornamento della sezione del sito web dedicata all'Amministrazione Trasparente.

Altri Organismi di controllo. Il collegio sindacale è un organismo che è stato disciplinato dall'art 3-ter del D.Lgs 229/99, e s.m.i. L'articolo 22 dell'Atto Aziendale approvato in data 29 maggio 2017, richiama i contenuti del citato art. 3-ter, in particolare sottolinea che:

“Il collegio sindacale esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile, con riferimento non solo alla legittimità degli atti, ma anche alla ragionevolezza dei processi”, inoltre l'art. citato evidenzia che: “I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione controllo anche individualmente” ed infine: “Il collegio sindacale in quanto organo istituzionale della Azienda, ferme restando le competenze e le responsabilità ad esso assegnate dalla normativa, ispira l'esercizio delle sue funzioni al principio della massima collaborazione e della sinergia operativa”.

Il collegio sindacale attualmente in carica in questa Azienda è stato costituito con deliberazione n. 2154 del 30/08/2016. E' composto da tre componenti (ai sensi dell' art. 1 comma legge 574 della legge n.190/2014) che sono espressione del Presidente della Regione, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del Ministero della Salute, ed è coadiuvato da una segretaria. L'organismo dura in carica tre anni, si è insediato il 1 settembre 2016 e resterà in carica fino al 31 agosto 2019.

Il collegio ha stabilito ed ha messo in atto l'avvicendamento annuale, nell'arco del triennio, dei componenti che avrebbero ricoperto la carica della Presidenza. I verbali del collegio vengono pubblicati sul portale P.I.S.A.

Quest'anno si è stabilita una proficua collaborazione tra il Rpct e il collegio sindacale.

Il collegio ha aderito alla richiesta del Responsabile dell'anticorruzione di acquisire i verbali. Nel corso dell'anno 2018 sono stati redatti n. 30 verbali esaminati dal Responsabile dai quali emergono determinate rilevazioni concernenti l'area degli appalti, in particolare si evidenzia: "la necessità di una progettazione esecutiva attenta e scrupolosa allo scopo di non ricorrere a perizia di variante che deve essere utilizzata per eventi straordinari, eccezionali e non prevedibili, soprattutto per non aggravare l'Ente di ulteriori costi, ai sensi del nuovo codice sugli appalti art.106 Dlgs 50/2016".

Il collegio, dopo aver rilevato l'ingiustificato ricorso alla proroga contrattuale, prende atto che è stato necessario ricorrere a questo istituto, non per inerzia aziendale ma per espletare le procedure relative delle gare di bacino, pertanto il Collegio ha invitato l'Ente a rappresentare in sede di riunione del Comitato di Bacino Orientale la necessità di procedere tempestivamente alle gare di bacino, in maniera da limitare l'uso della proroga tecnica esclusivamente e limitatamente nei casi previsti dal decreto Lgs n. 50/2016. Nessuna rilevazione significativa di natura contabile è emersa dalla lettura dei predetti atti.

Ufficio Procedimenti Disciplinari. Anche l'U.P.D. è stato coinvolto, con la richiesta da parte della RPCT di trasmettere un report sui procedimenti del 2018. Le informazioni così raccolte sono state elaborate dalla RPCT, coadiuvata dal dott. Orazio Vecchio, nel presente Piano che, condiviso con la Direzione Strategica, è stato adottato con delibera del Direttore Generale.

3.3 Strumenti previsti

I diversi strumenti e misure di cui si avvale l'Azienda Cannizzaro sono elencati di seguito:

- lo stesso Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;
- gli adempimenti e le misure in materia di trasparenza;
- il Codice etico-comportamentale;
- le misure di rotazione del personale;
- l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- la disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali;
- le incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- la disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- la disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors);
- la disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
- la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.

Per il 2019, alla luce della necessità rilevata dall'Amministrazione stessa nonché dall'Anac in sede di analisi dei PTPC, al fine di consolidare il processo di strutturazione delle misure anticorruzione di superamento delle criticità, si prevede di attuare una formazione mirata e approfondita nei confronti dei soggetti a vario titolo coinvolti, dedicando sessioni specifiche di formazione con riguardo alle attività a maggiore rischio.

3.4 Collegamenti con altri documenti di pianificazione

Come già accennato, e come auspicato nel PNA aggiornamento 2017, nel triennio in oggetto, al pari del precedente PTPC, viene meglio esplicitato il collegamento tra questo e il Piano della Performance. L'auspicato coordinamento si realizza concretamente con l'individuazione di obiettivi da assegnare alle strutture relativi all'attuazione di misure di prevenzione della corruzione.

Nel 2018, tra gli obiettivi strategici dell'Area Strategica 3: Governo dei processi, sezione 3.2 Individuazione attività gestionali strategiche, è stato indicato l'obiettivo operativo 3.2.5 "Adempimenti connessi all'area della trasparenza e dell'anticorruzione", il cui risultato atteso è

- Rispetto degli obblighi legati alla trasparenza
- Attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel P.T.P.C.

La verifica del raggiungimento di questi obiettivi è in corso, mentre è in fase di definizione l'obiettivo strategico da inserire nella prossima annualità, che sarà anch'esso relativo all'area della trasparenza.

Non è stato possibile, invece, esplicitare il collegamento con il Piano di Comunicazione in quanto la redazione e approvazione è stata posticipata oltre il 31 gennaio, al fine di consentire al responsabile addetto alla Comunicazione di raccogliere e formulare le proposte in accordo con la nuova Direzione, ritenendo improprio approvare un documento di pianificazione, in materia di scelte aziendali, senza il pieno e legittimo coinvolgimento del management in carica nel periodo interessato. Resta la proficua collaborazione con l'addetto alla redazione del sito in ordine al completo e puntuale aggiornamento dei contenuti del sito web istituzionale, compresi gli obblighi della sezione Amministrazione Trasparente.

3.5 Protezione dei dati personali e rapporto con l'Anticorruzione

Come anticipato in premessa, in questo Piano si pongono per la prima volta come tematiche fondamentali i rapporti fra trasparenza, intesa come obblighi di pubblicazione, e nuova disciplina della tutela dei dati personali introdotta dal Regolamento UE 2016/679, nonché il rapporto tra RPCT e Responsabile della protezione dei dati (RPD).

A tal proposito, si ritiene di fornire innanzitutto un resoconto di quanto realizzato in materia da questa Azienda, dal quale scaturiscono alcune considerazioni in ordine alle connessioni tra le due aree.

L'Amministrazione ha dato tempestivamente attuazione al Regolamento Europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati personali – GDPR (General Data Protection Regulation), che introduce nuovi principi, obblighi, regole e figure in materia di privacy. Gli adempimenti in capo alle Aziende sanitarie sono stati peraltro ribaditi dall'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, con la circolare n. 40084 del 23 maggio 2018.

Al fine di osservare le recenti disposizioni, questa Azienda, avvalendosi sin dal mese di febbraio 2018 del supporto specialistico della società PwC, ha effettuato, al 30 giugno 2018:

- la ricognizione dei sistemi informativi utilizzati per i trattamenti dei dati sanitari, formalizzando a tal proposito apposite tabelle all'interno delle Procedure ICT di seguito dettagliate;
- la verifica circa la presenza di antivirus, backup, firewall, password policies, documentando appositamente "Procedura di governo della sicurezza logica e fisica dei sistemi informativi utilizzati per la gestione dei dati sanitari";
- la verifica della procedura di creazione, sospensione e cancellazione degli account, documentando altresì appositamente "Procedura di governo degli accessi ai sistemi informativi utilizzati per la gestione dei dati sanitari";

- la verifica circa l'effettuazione dei servizi di videosorveglianza, aggiornando il relativo Regolamento aziendale sulla Videosorveglianza ed i suoi allegati tra cui l'Informativa estesa sulla Videosorveglianza ed il Modulo di richiesta accesso alle registrazioni;
- la nomina dei Responsabili esterni del trattamento dei dati (fornitori vari);
- la nomina, effettuata con delibera n. 1740 del 22/05/2018 e comunicata al Garante, del Responsabile Protezione Dati (RPD) o Data Protection Officer (DPO) nella persona del Dott. Orazio Vecchio, con funzioni di sorveglianza sull'applicazione del GDPR, supporto al titolare, sensibilizzazione del personale.

Si è anche proceduto a un primo aggiornamento dei moduli di Informativa e di raccolta del consenso al trattamento dei dati personali dei pazienti, sospendendo la definizione in attesa di riscontro da parte del Garante al quesito posto dall'Azienda circa il periodo massimo consentito di conservazione dei dati.

Per permettere un più adeguato trattamento dei dati e una più efficace osservanza del GDPR, è stato deciso di nominare i Direttori di UOC e i Responsabili di UOS e UOSD quali "Responsabili del trattamento dei dati" effettuato all'interno dell'UO; a tal fine, la Direzione ha provveduto a successivo atto di nomina.

Il DPO ha inoltre allestito un'apposita pagina del sito aziendale www.aocannizzaro.it/privacy (con link anche in home page), nella quale vengono pubblicati e resi disponibili tutti i documenti in materia.

In una seconda fase, a conclusione della collaborazione di PwC avvenuta il 31 dicembre 2018, l'Azienda si è dotata di due strumenti obbligatori:

- Registro delle attività di trattamento (art. 30 GDPR) - Contiene tutte le principali informazioni relative alle operazioni di trattamento dati personali effettuate in Azienda; in formato elettronico, è tenuto dal DPO – RPD (Data Protection Officer – Responsabile Protezione Dati);
- Valutazione d'impatto sulla protezione dei dati personali nei trattamenti sanitari ("DPIA" o "PIA", art. 35 GDPR) - Procedura che mira a descrivere un trattamento di dati per valutarne la necessità e la proporzionalità nonché i relativi rischi allo scopo di approntare misure idonee ad affrontarli; in formato elettronico, è gestita dal DPO – RPD (Data Protection Officer – Responsabile Protezione Dati), e consultabile in qualsiasi momento su richiesta.

L'Azienda organizzerà prossimamente specifica formazione rivolta al personale, a partire dalle figure più direttamente coinvolte in materia di privacy.

La Direzione Sanitaria si è attivata per integrare nei sistemi informatici aziendali la nuova Informativa, che nelle more della informatizzazione dovrà essere fornita a ciascun utente con le modalità di seguito esposte.

Il Titolare del trattamento ha dato indicazioni affinché ogni Responsabile possa nominare un Co-Responsabile, previa autorizzazione dello stesso Titolare alla specifica richiesta, da fare pervenire al DPO aziendale.

Per quanto riguarda più direttamente i rapporti tra le due aree, si può affermare che:

- tra DPO e RPCT è in essere la **massima collaborazione**, considerato che il ruolo di DPO è stato affidato al collaboratore amministrativo assegnato alla Comunicazione Istituzionale, che svolge le attività di pubblicazione connesse alla trasparenza amministrativa, supporta il RPCT nella redazione del Pianto Anticorruzione e ne è titolare del potere sostitutivo;

- allo stato, **non si sono poste questioni di conflitto** tra gli obblighi di pubblicazione e la tutela dei dati personali; come si evince dalla relazione qui sopra, le attività condotte in attuazione delle nuove norme sulla privacy hanno riguardato in primo luogo i diritti degli utenti (predisposizione della informativa e del modulo di espressione del consenso, regolamento videosorveglianza), le misure di sicurezza (password policy) e la strutturazione del back office necessario al controllo dell'integrità e dell'appropriatezza dei dati (registro dei trattamenti, valutazione d'impatto).

Risultano, invece, coerenti e anzi funzionali anche all'attuazione delle misure anticorruzione le modalità di disciplina della gestione delle password, in quanto la procedura approvata stabilisce specifici ruoli ed evita la possibilità di accessi al sistema aziendale non definiti.

Il documento prevede infatti che:

- la gestione degli accessi ai sistemi informativi utilizzati per la gestione dei dati sanitari è consentita solo a soggetti autorizzati e dotati di credenziali di autenticazione valide e univoche;
- Il Responsabile dell'Unità Operativa della risorsa da abilitare è tenuto a richiedere la creazione dell'utenza alla Direzione Sanitaria tramite e-mail o richiesta cartacea con allegato il form specifico;
- La Direzione Sanitaria, dopo aver ricevuto la richiesta e verificata la completezza dei dati nonché la coerenza della richiesta rispetto al ruolo rivestito dal nuovo utente, autorizza l'istanza inserendo la data di approvazione.
- La Direzione Sanitaria invia al CED tramite email, documento cartaceo o eventuale software specifico il form compilato, ed il CED procede alla creazione dell'utenza nel sistema di riferimento ed all'archiviazione del modulo ricevuto.
- L'utenza deve essere quindi riconducibile all'utilizzatore. Non è quindi possibile generare utenze c.d. "generiche"; ossia utenze il cui nome utente non sia chiaramente riconducibile alla risorsa, interna od esterna all'Azienda, che ne fa utilizzo (es: "Consulente").

Ne consegue che le "permissions" concesse ai suddetti ruoli differiscono tra loro, e, per ciascun ruolo, è possibile esclusivamente l'accesso ai dati e alle funzioni applicative necessarie ai fini dello svolgimento delle attività richieste dal ruolo organizzativo della risorsa.

La procedura, in definitiva, consente di tracciare ciascun accesso, con ciò costituendo un deterrente all'intromissione nei sistemi aziendali, con profili anche pertinenti al corretto uso delle risorse.

Specularmente, il regolamento sulla videosorveglianza, nel disciplinare l'utilizzo del sistema in Azienda in conformità agli obblighi connessi alla riservatezza, consente al contempo di garantire la sicurezza del patrimonio aziendale e delle persone che, a vario titolo, frequentano gli ambienti delle strutture aziendali o che accedono agli stessi. Il documento specifica che i dati (immagini) raccolti "non sono utilizzati per finalità diverse o ulteriori e non possono essere diffusi o comunicati a terzi, salvo esigenze di polizia o di giustizia e nel rispetto dei limiti sanciti dalle normative applicabili".

4. Analisi del contesto

Alla luce delle indicazioni dell'ANAC, nonché dell'esperienza della redazione dei precedenti Piani, questa sezione è stata aggiornata al fine non soltanto di contemplare realmente ogni elemento interno

ed esterno influente in qualche modo sul fenomeno corruttivo o sulla sua percezione o comunicazione, ma con l'obiettivo – come rilevato dall'Autorità nell'analisi dei PTPC e sottolineato in premessa in questo stesso Piano – di interpretare gli elementi raccolti in termini di gestione del rischio corruttivo. A tal fine, è risultato estremamente proficuo l'utilizzo della rassegna stampa aziendale, che ormai da alcuni anni il responsabile dell'Ufficio Stampa ha selezionato anche ai fini della redazione di questa sezione del PTPC. Oltre al materiale giornalistico raccolto, si è svolta e aggiornata la già sperimentata attività di audit interno dei vari settori/uffici, che hanno collaborato fornendo al RPC un proprio contributo in termini di analisi; un vaglio dei documenti già esistenti (Piano della Performance); una ricerca di dati di contesto in specie provenienti da statistiche ufficiali.

4.1 Contesto interno

L'anno 2018 ha segnato diversi passaggi rilevati in termini di organizzazione interna, in quanto ha visto l'avvicinarsi, alla scadenza del mandato triennale del Direttore Generale (prorogato di 45 giorni), un DG facente funzione (il Direttore Amministrativo in carica) e, nelle ultime settimane, un commissario straordinario (il Direttore Sanitario in carica), mentre a livello regionale si è proceduto alla revisione della rete ospedaliera che incide massicciamente sulla riorganizzazione delle Aziende in termini di articolazione di Unità Operative e di dotazione del personale; a quest'ultimo proposito, si segnala lo sblocco delle procedure concorsuali.

Dotazione organica. A dicembre 2018, l'Azienda ospedaliera per l'emergenza “Cannizzaro” conta, fra contratti a tempo indeterminato e a tempo determinato, compresi i supplenti, 1.422 dipendenti. Tra questi, anche i dipendenti “stabilizzati” in possesso dei requisiti previsti a tal fine dal D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, recante modifiche e integrazioni al D. Lgs 30 marzo 2001, n. 165, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche e in particolare l'art. 20, comma 1, del succitato decreto sul “superamento del precariato”. Le procedure di “stabilizzazione”, avviate a dicembre 2017, si sono concluse a febbraio 2018. L'Azienda, in coerenza con il Piano triennale dei fabbisogni e con l'indicazione della relativa copertura finanziaria, ha così assunto a tempo indeterminato personale non dirigenziale che possedesse tutti i seguenti requisiti:

- a) risultasse in servizio successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015 con contratti a tempo determinato presso l'amministrazione che procede all'assunzione;
- b) fosse stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
- c) avesse maturato, al 31 dicembre 2017, alle dipendenze dell'amministrazione che procede all'assunzione, almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni.

La successiva circolare esplicativa n. 3/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica ha fornito indirizzi operativi sull'applicazione dell'art. 20, spiegando che esso consente l'assunzione a tempo indeterminato del personale non dirigenziale, con contratto di lavoro a tempo determinato, che possegga tutti i seguenti requisiti:

- d) risultasse in servizio, anche per un solo giorno, successivamente alla data del 28 agosto 2015, con contratto di lavoro a tempo determinato presso l'amministrazione che deve

procedere all'assunzione, con priorità al personale in servizio alla data in vigore del D. Lgs 75/2017 (22 giugno 2017) rispetto a quello non più in servizio;

- e) fosse stato assunto a tempo determinato attingendo ad una graduatoria, a tempo determinato o indeterminato, riferita ad una procedura concorsuale – ordinaria, per esami e/o titoli, ovvero anche prevista in una normativa di legge – in relazione alle medesime attività svolte e intese come mansioni dell'area o categoria professionale di appartenenza, procedura anche espletata da amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
- f) avesse maturato, al 31 dicembre 2017, alle dipendenze della stessa amministrazione che procede all'assunzione (tranne le eccezioni per il SSN) almeno tre anni di servizi, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, ricomprendendo nel conteggio tutti i rapporti di lavoro prestato direttamente con l'amministrazione, anche con diverse tipologie di contratto flessibile purché svolte o riconducibili alla medesima area o categoria professionale che determina poi il riferimento per l'amministrazione dell'inquadramento da operare, senza necessità poi di vincoli ai fini dell'unità organizzativa di assegnazione.

Su tali basi, l'Azienda ha provveduto all'assunzione a tempo indeterminato di n. 85 “precari”, secondo le seguenti modalità:

- a dicembre 2017, n. 38 unità (19 infermieri, 5 Tecnici sanitari di radiologia medica, 1 Tecnico di sanitario di laboratorio biomedico, 1 podologo, 3 terapisti occupazionali, 3 programmatori, 1 assistente tecnico, 5 collaboratori amministrativi professionali);

- a febbraio 2018, n. 47 unità (22 medici, 15 infermieri, 4 tecnici di radiologia, 2 farmacisti, 2 ostetriche, 1 ingegnere, 1 biologo).

Ciò ha consentito la riduzione dell'80% dei contratti a tempo determinato. Le nomine sono state effettuate nel rispetto del tetto di spesa generale per il personale fissato dal Decreto Assessoriale n. 1380/2015, determinato secondo le indicazioni contenute nella circolare assessoriale n. 39607 del 12/05/2017.

La ridefinizione della rete ospedaliera regionale, approvata dal Ministero della Salute con alcune prescrizioni, apre allo svolgimento, nel corso del 2019, di procedure concorsuali a copertura dei posti vacanti, comprendenti l'attribuzione di incarichi di direttore di struttura complessa, alla data del 31 dicembre 2018 scoperti nella misura di n. 4 unità (Nefrologia e Dialisi, Patologia Clinica, Neurologia con Stroke, Neonatologia con Utin – sebbene in questo caso il concorso sia stato svolto e si attenda l'autorizzazione all'attribuzione dell'incarico al vincitore). Pertanto, come specificato nell'apposito capitolo, l'area del Personale sarà oggetto di particolare monitoraggio e misure di prevenzione della corruzione.

Atto aziendale. L'approvazione della nuova rete ospedaliera e le relative indicazioni attese dal Ministero della Salute prefigurano la revisione dell'Atto Aziendale alla luce delle eventuali modifiche all'assetto organizzativo, in particolare nel numero e nella tipologia delle Unità Operative Complesse e/o Semplici. Resta confermata, in ogni caso, la caratterizzazione dell'AOEC definita nel sistema sanitario regionale che, secondo il Decreto Assessoriale 629/2017 “Riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 2 aprile 2015, n. 70”, è individuata come “Hub” per l'emergenza regionale, in quanto Dea (Dipartimento di emergenza e accettazione) di II livello.

L'Atto Aziendale in vigore, adottato – dopo modifiche ai sensi del D.A. n. 629 del 31/03/2017 e ai sensi del D.A. 1081 del 29 maggio 2017 – con deliberazione n. 1829 del 15/06/2017, prevede il seguente assetto:

	Assetto organizzativo o previgente al DA 46/2015	Assetto organizzativo D.A. 46/2015	Assetto organizzativo D.A. 629/2017
Dipartimenti	8	8	8
Strutture organizzative complesse	45	42 di cui 27 con p.l.	- 39 SOC sanitarie di cui 28 con p.l. - 5 SOC Amm.tive
Strutture organizzative semplici	27	28 (fino a un max di 50 in applicazione del documento LEA del 26/03/2012)	30 (fino a un max di 51 in applicazione del coefficiente del documento LEA 26/03/2012: 1,31 per SOC)
Uffici e Funzioni in staff alla Direzione Aziendale		6	6
U.O. in Staff alla Direzione Sanitaria	4	4 Unità Operative delle professioni sanitarie, tecnico-sanitarie e del servizio sociale	4 Unità Operative delle professioni sanitarie, tecnico-sanitarie e del servizio sociale
Uffici e Funzioni in staff alla Direzione Generale	10	6 -Sorveglianza sanitaria -Prevenzione e Protezione -Servizio legale -Qualità aziendale e rischio clinico -Controllo di gestione -Sistema informativo locale	6 -Sorveglianza sanitaria -Prevenzione e Protezione -Servizio legale -Qualità aziendale e rischio clinico -Controllo di gestione -Sistema informativo locale

L'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro, nell'ambito della nuova rete ospedaliera regionale organizzata secondo il modello hub & spoke, è centro Hub per le reti tempo-dipendenti, con riferimento agli ambiti di Emergenza (DEA di II livello), Rete Cardiologica (STEMI), Rete Stroke, Rete Politrauma. Inoltre è punto di riferimento regionale per alcune linee di attività (Neurochirurgia, Centro Grandi Ustioni, UTIR, Camera Iperbarica...) ed è sede di tecnologie ad elevata complessità. Oltre agli interventi in emergenza e urgenza, l'Azienda Ospedaliera assicura la presa in carico dei pazienti ad elevata complessità clinica ed assistenziale secondo aggiornati PDTA e adotta i principi dell'Ospedale per Intensità di Cura che informano il modello organizzativo con l'attivazione di moduli di Day Hospital e Day Service multidisciplinari. L'Azienda assicura le attività sanitarie di alta specializzazione, di riferimento nazionale e regionale, con dotazioni di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate ed innovative e svolge i compiti specificamente attribuiti dagli atti della programmazione regionale. Da sottolineare, inoltre, che l'ospedale ospita un reparto di Medicina Protetta dedicata all'assistenza ai detenuti.

Sede della Centrale Operativa Catania-Ragusa-Siracusa del servizio 118, raggiungibile con elisoccorso, l'ospedale è complessivamente dotato di 562 posti letto, di cui 497 di degenza ordinaria e 65 per attività di day hospital / day service. Il bacino della popolazione di riferimento è quello della Sicilia Orientale, pari a 2,6 milioni di abitanti.

Monitoraggio URP. Ai fini della valutazione dell'attività assistenziale svolta, risulta fondamentale il report fornito dal Responsabile dell'ufficio relazioni con il pubblico (URP), relativo

all'anno 2018. Le segnalazioni pervenute sono state suddivise in: reclami ed elogi, segnalazioni varie, richiesta di informazioni verbali, queste ultime hanno avuto generalmente un riscontro immediato.

Analizzando i reclami indirizzati all'URP nel corso del 2018, si segnalano quali principali criticità riscontrate dagli utenti: problematiche nell'accesso e nel percorso di cura, difficoltà a contattare telefonicamente il Centro Prenotazioni, l'organizzazione e la funzionalità interna, problemi di relazione con il personale. Di seguito la classificazione dei reclami così come comunicati dal Responsabile dell'Ufficio Unico per la Gestione dei Rapporti con l'Utenza.

Di seguito il dettaglio per tipologia di segnalazione.

- **n° 58** Segnalazioni scritte, classificate come **“Reclami”**, che possono interessare anche diverse Aree/Tematiche;
 - **n° 13** Segnalazioni scritte riguardanti **“Elogi”**, nei confronti delle uu.oo. di seguito specificate:
 - n. 4 Cardiologia/UTIC;
 - n. 1 Chirurgia toracica;
 - n. 2 Chirurgia vascolare;
 - n. 1 Diagnostica senologica;
 - n. 1 Fonochirurgia;
 - n. 1 Medicina Fisica e Riabilitativa;
 - n. 1 Malattie apparato respiratorio;
 - n. 1 Medicina nucleare;
 - n. 1 Neurologia;
 - n. 1 Ortopedia;
 - n. 1 Ufficio Unico per la Gestione dei Rapporti con l'Utenza;
 - n. 1 Ufficio Relazioni con il Pubblico;
 - n. 1 Urologia.
 - **n.° 42 Segnalazioni varie** scritte (via e-mail, fax, posta etc.) sulle seguenti tematiche:
 - n. 14 (Accesso ai Servizi sanitari);
 - n. 17 (Accesso al Servizio di Prenotazione/Ticket);
 - n. 10 (Accesso alla Documentazione sanitaria)
 - n. 2 (Procedure concorsuali).
 - **Numerose Segnalazioni e/o Richieste d'informazione verbali (telefoniche e di presenza)**, la maggior parte delle quali ha avuto un riscontro immediato, altre sono state sottoposte alla valutazione degli organi dirigenziali di pertinenza al fine di definire la risoluzione più opportuna, in particolare sulle seguenti tematiche:
 - Accessibilità esterna/interna a Strutture/Servizi ospedalieri: parcheggio, uffici amministrativi, reparti/ambulatori, servizi accessori etc.;
 - modalità di erogazione delle Prestazioni sanitarie, da parte del personale infermieristico e/o medico, soprattutto durante l'accesso al Pronto Soccorso;
 - organizzazione/funzionamento/modalità di accesso ai Servizi sanitari offerti dalle uu.oo., come ad esempio: Chirurgia Plastica, Diabetologia, Diagnostica per Immagini, Diagnostica senologica, Endoscopia digestiva, Geriatria, Intramoenia, Medicina nucleare, Oncologia;
 - organizzazione/funzionamento/modalità di accesso ai Servizi di Front Office, soprattutto riguardo al servizio di Prenotazione (CUP), di Accettazione Ricoveri, al Centralino e alle Accettazioni delle varie uu.oo.;
 - procedure per il rilascio di documentazione sanitaria.
- Catania, 10/01/2019

La ricognizione delle lettere e segnalazioni inviate non al canale istituzionale dell'Urp, bensì ad organi di informazione esterni e soprattutto al giornale quotidiano cittadino, consente di concludere che oggetto dei reclami sono per la gran parte i tempi e le modalità per effettuare la prenotazione, i lunghi

tempi di attesa da osservare per la fruizione della prestazione, disagi dei pazienti dovuti a incomprensioni con il personale.

Buone pratiche e innovazioni. Il 2018 si è segnalato, tuttavia, anche per elementi positivi riguardanti i risultati di attività di talune Unità Operative. In particolare, la Cardiologia si è distinta per le buone performance nei ricoveri per infarto del miocardio acuto (IMA): secondo il sito doveecomemicuro.it, oltre a vantare alti volumi, mantiene anche una bassa mortalità a 30 giorni dal ricovero (che deve mantenersi inferiore all'8%) e una alta percentuale (che deve mantenersi superiore al 45%) di pazienti sottoposti a Ptca (angioplastica coronarica percutanea transluminale) entro 48 ore dal ricovero; sullo stesso reparto, una lettera sulla "buona sanità" è stata pubblicata dal quotidiano cittadino. Dallo stesso report emerge che l'UOC di Ortopedia e Traumatologia è la seconda in Sicilia, fra strutture pubbliche e accreditate, per numero di operazioni per frattura del collo del femore e la prima, fra quelle con i numeri più alti, per tempestività degli interventi, eseguiti su over65 entro 48 ore dal ricovero.

A livello aziendale, si segnalano inoltre le seguenti innovazioni:

- l'aggiornamento della Gamma Knife in dotazione: il Cannizzaro ha messo in funzione, primo ospedale pubblico in Italia, il più recente modello Icon di Elekta, "gold standard" internazionale presente solo in 50 centri al mondo (tra cui una struttura privata convenzionata della Lombardia); la tecnologia Gamma Knife è una forma speciale di radioterapia che utilizza un sistema multisorgente per somministrare raggi gamma con estrema precisione e consente così di colpire, con un'elevata dose di radiazioni, lesioni cerebrali di dimensioni ridotte, tumorali e non, in alternativa in determinati casi all'intervento chirurgico. L'ultima evoluzione è rappresentata dal modello Icon, che permette di utilizzare, oltre al casco di Leksell, anche una maschera termoplastica che rende la terapia meno invasiva, amplia le possibilità di trattamento, grazie al sistema Cone Beam Ct integrato e all'Adaptive Dose Control, e consente di eseguire trattamenti in più sedute.

- l'attivazione del Centro Gestione Emergenze, una sala di controllo altamente tecnologica che aumenta la sicurezza dell'intero ospedale, presidiata h24, nella quale convergono le decine di telecamere a circuito chiuso e tutti i segnali di allarme, dall'anticendio agli ascensori;

- il trasferimento e l'ampliamento del reparto di Neurologia, che oltre ai posti letto ordinari potrà contare sulle nuove sale per la diagnostica, sulla palestra per la riabilitazione e soprattutto su un'area semi-intensiva di Stroke Unit, ovvero l'unità specificamente rivolta al trattamento dell'ictus grazie alla trombolisi, terapia elettiva in caso di accidente cerebrale;

- la rimodulazione della sala intensiva di UTIR e Unità Spinale nell'edificio S, comune alle due Unità Operative, con 8 posti trasferiti dal primo al secondo piano;

- l'avvio delle attività dell'Irccs "Bonino-Pulejo" di Messina grazie alla firma del convenzione tra le due strutture, per prestazioni di neuroriabilitazione per i pazienti colpiti da gravi cerebro-lesioni anche attraverso le tecnologie avanzate.

Procedimenti. Per quanto attiene alla vicenda del procedimento riguardante illeciti vantaggi economici alle ditte fornitrici di stent, si è svolta la prima udienza nella quale l'Azienda Cannizzaro è stata ammessa quale parte civile, oltre che essere responsabile civile; escluse invece le associazioni che ne avevano fatto medesima richiesta. In precedenza, erano stati assolti dal Gup due imprenditori imputati. È bene infatti ricordare, a proposito, che la Procura aveva attivato azione penale nei confronti di sette indagati (tre sanitari e quattro legali rappresentanti di ditte farmaceutiche), a seguito di specifica

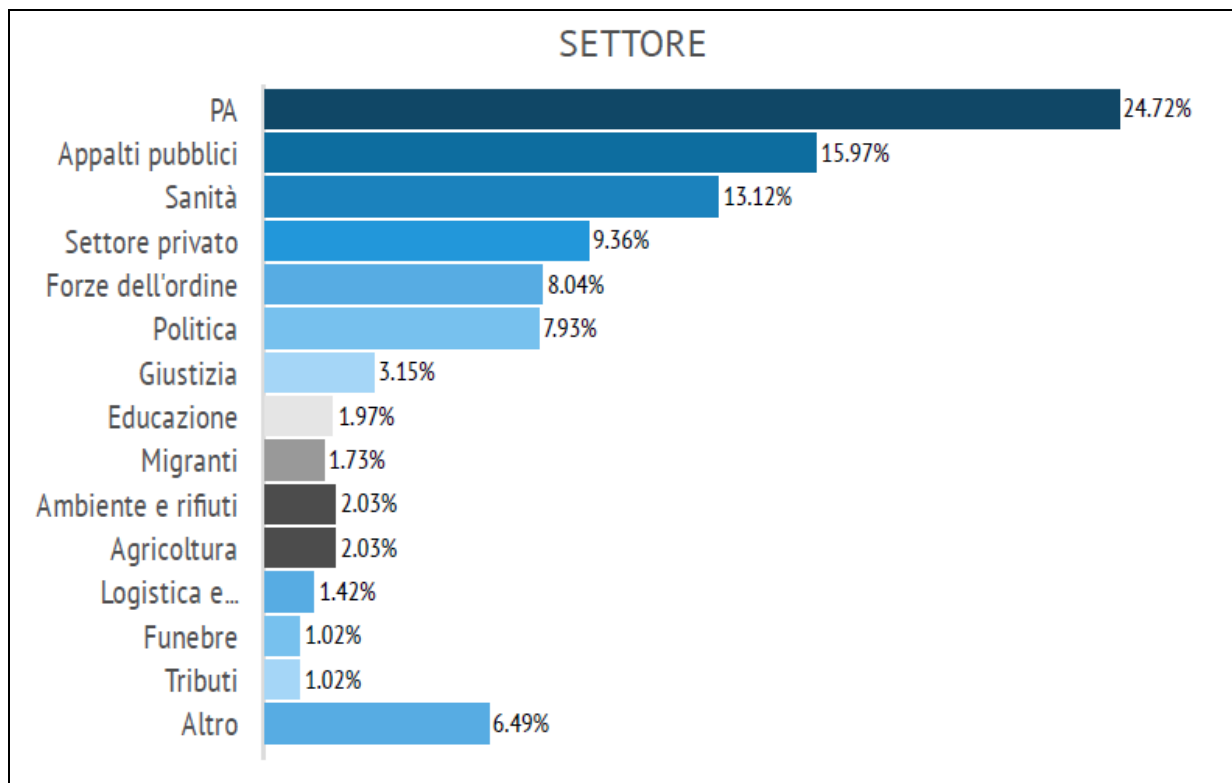
denuncia dell'Amministrazione, rilevando che erano stati forniti all'Azienda ospedaliera materiali con scadenze estremamente ravvicinate alla consegna in violazione dei capitolati sottoscritti con la stessa azienda ospedaliera. Si rappresenta, altresì, come specificato dalla stessa Procura in una nota, che l'impianto di stent scaduti di validità non ha, in concreto, determinato lesioni per la salute dei pazienti e che gli interventi di angioplastica sono stati tutti effettuati in presenza di quadri clinici coerenti con la necessità di procedere all'intervento.

4.2 Contesto esterno

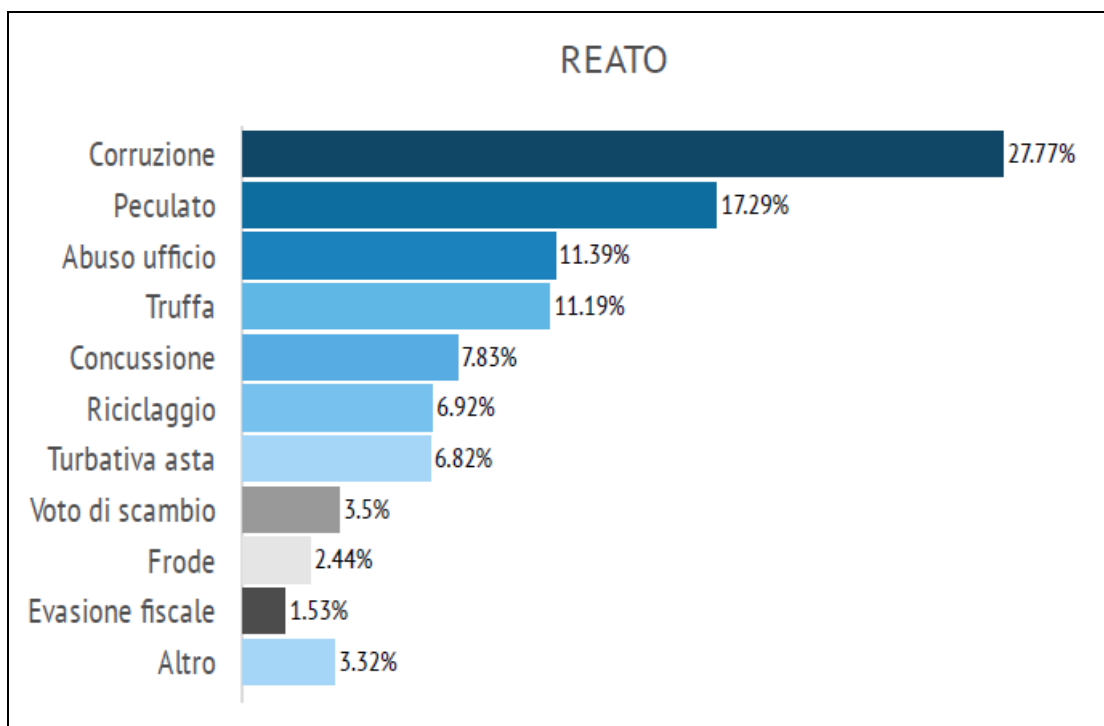
Nell'analisi del contesto esterno, sono state utilizzate informazioni assunte mediante Rassegna Stampa da parte dell'Ufficio Stampa e quelle di natura statistica attinte ad altre fonti istituzionali (Transparency International, Corte dei Conti, Associazioni etc.).

L'analisi generale mette in luce l'elevata esposizione al rischio corruzione della Pubblica Amministrazione e della Sanità in particolare. Ciò è evidente sia dalla mappatura complessiva che ha effettuato Transparency International, che dopo il volume "Curiamo la corruzione" di recente ha pubblicato la ricerca "Mappiamo la corruzione"; e sia dalla lettura della cronaca del territorio, concernente tanto l'emersione e sviluppo di casi specifici quanto considerazioni in merito da parte di rappresentanti istituzionali.

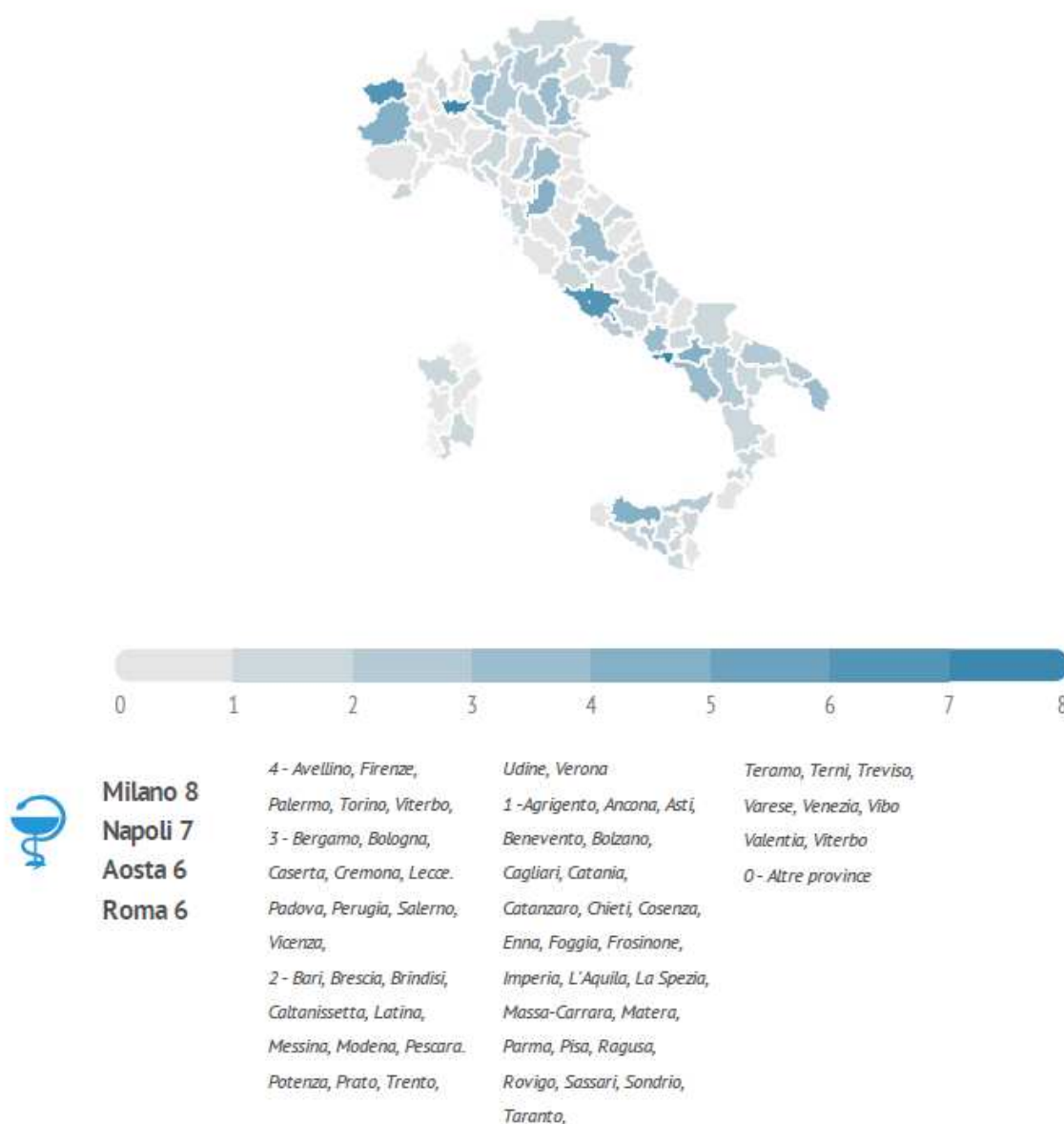
Sul piano generale, il citato dossier di Transparency riporta i dati raccolti in un anno (dicembre 2017 – dicembre 2018) riferiti a casi di corruzione e affini riportati sui media nazionali: 983 i casi raccolti in totale e i settori più colpiti sono quello della Pubblica Amministrazione, degli appalti e della sanità.



I reati ipotizzati, nei casi sopra individuati, vanno dalla corruzione al peculato, dall'abuso d'ufficio alla truffa alla concussione etc.



Guardando ai singoli settori, la Sanità si segnala per l'alto numero di casi riscontrati.



A livello territoriale, risulta significativo uno stralcio della relazione del dott. Gianluca Albo, Procuratore regionale della Corte dei Conti in Sicilia, che, nel corso dell'inaugurazione dell'anno giudiziario, ha affermato: «C'è ormai una metabolizzazione dell'atto illecito. La condotta amministrativa vietata e non immediatamente perseguita viene reiterata nel tempo divenendo prassi amministrativa. E la percezione di illiceità si affievolisce sempre di più». In particolare nella sanità i casi più frequenti riguardano la violazione del regime di esclusività da parte dei dirigenti medici, rimborsi per talune tipologie di prestazioni e proroghe per gli appalti di servizi e forniture (vedi *Giornale di Sicilia*, 24 febbraio 2018). Aspetti che, alla luce delle citate considerazioni, saranno oggetto di specifica attenzione in sede di monitoraggio anticorruzione.

Lasciando l'area sanità ma trattando il medesimo comune di Catania, non può lasciare indifferenti l'episodio contestato dalla magistratura ad alcuni dipendenti, anche con ruoli di vertice in materia di

smaltimento rifiuti, imputati per corruzione. L'aspetto che più colpisce è che l'Ente avrebbe ignorato i suggerimenti dell'Anac la quale indicava di suddividere in più bandi l'appalto per la raccolta dei rifiuti solidi urbani, dato che le ditte che da anni lavoravano in regime di proroga non si presentavano al momento dell'offerta nell'ambito della nuova procedura (La Repubblica, 18 marzo 2018).

5 Aree di rischio generali

5.1 Contratti pubblici e procedure di gara

In questa area, che risulta tra le più esposte al rischio corruttivo, si intersecano le attività di due settori: tecnico e provveditorato. Seguono nell'ordine le considerazioni riguardanti le rispettive aree.

Occorre segnalare come a partire dall'anno 2015 le procedure di gara si siano stratificate per competenze ed anche a secondo della tipologia di prodotti da acquisire ed in particolare in ragione della avvenuta formalizzazione dei cosiddetti "Soggetti Aggregatori".

A partire dall'anno 2016, le procedure di gara sono pertanto suddivise tra quelle di esclusivo ambito regionale (susseguenti al DM 24.12.2015 e smi) assegnate al soggetto aggregatore (CUC) da quelle di ambito di Bacino della Sicilia Orientale (assegnate in sede di Coordinamento di bacino), e da quelle, residuali, lasciate all'ambito aziendale.

Per quanto attiene possibili anomalie legate "al ricorso a procedure di urgenza", si rappresenta che le procedure con affidamento diretto sono usualmente utilizzate nei limiti imposti dalla normativa di riferimento e con le modalità in esso previste, privilegiando, per gli importi sopra soglia, le "procedure aperte".

Per quanto riguarda la **fase di progettazione** della gara si rappresenta che il rischio collegato alla nomina del RUP, con collegamento di contiguità con le Imprese, non si configura in questa Azienda, atteso che tale ruolo di RUP viene svolto esclusivamente dal personale interno all'Amministrazione.

Ogni procedura di gara è corredata da modelli di dichiarazione contenenti espressamente l'obbligo per il concorrente aggiudicatario di indicare un conto corrente unico su cui fare confluire i pagamenti riguardanti l'appalto per come stabilito dalle disposizioni afferenti la tracciabilità dei flussi finanziari.

Per quanto riguarda infine la **scelta del contraente**, si specifica che vengono sempre applicate le disposizioni previste dal Dlgs 50/2016 e smi sul numero minimo di operatori da invitare. In particolare per quanto concerne i lavori è stato approntato un albo delle ditte all'interno del quale attingere, attraverso sorteggio al numero stabilito di concorrenti da invitare.

Da Ottobre 2018 l'Azienda si è dotata di una piattaforma elettronica su cui svolgere tutte le procedure di gara oltre all'utilizzo del MEPA.

Alle ditte concorrenti viene richiesto di conformarsi alle prescrizioni ed alle cautele indicate dall'Amministrazione nel Documento Unico per la Valutazione dei rischi da Interferenze (DUVRI) allegato al Disciplinare di gara ovvero a quelle successivamente precisate in occasione della riunione obbligatoria di coordinamento con il Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Azienda Sanitaria ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 avvisando che la violazione di tale obbligo comporterà inadempimento contrattuale.

Ed inoltre viene portato a conoscenza dell'appaltatore che si procederà, ai sensi dell'art. 2, comma 2, della L.R. 15/2008, alla risoluzione del contratto nell'ipotesi in cui il legale rappresentante o uno dei dirigenti dell'impresa aggiudicataria siano rinviati a giudizio per favoreggiamento nell'ambito di procedimenti relativi a reati di criminalità organizzata, e, quindi, di impegnarsi, in caso di aggiudicazione, a comunicare ogni eventuale evento di cui sopra che si dovesse verificare nel corso del rapporto contrattuale, e di essere consapevole che il mancato rispetto dell'obbligo di cui sopra comporta la risoluzione per inadempimento contrattuale;

- acquisito l'impegno, da parte dell'appaltatore, pena il recesso dal contratto, a collaborare con le Forze di Polizia, denunciando ogni tentativo di estorsione, intimidazione o condizionamento di natura criminale, di cui all'art. 8 del Programma Quadro "Sicurezza e Legalità per lo Sviluppo della Regione Siciliana";

- acquisito l'impegno, da parte dell'appaltatore, alla denuncia, all'Autorità Giudiziaria e/o agli organi di Polizia, di ogni illecita richiesta di denaro, prestazione od ogni altra utilità formulata anche prima della gara o nel corso dell'esecuzione del contratto, anche a propri agenti, rappresentanti o dipendenti e, comunque, ogni illecita interferenza nelle procedure di aggiudicazione o nella fase di adempimento del contratto, o eventuale sottoposizione ad attività estorsiva od a tasso usuraio da parte di organizzazioni o soggetti criminali;

Per la parte che attiene le varie fasi della liquidazione - prima di disporre i pagamenti ai propri fornitori per somme superiori a 5 mila euro - insiste l'obbligo di acquisire una dichiarazione che attesti l'assenza di qualsiasi inadempimento verso l'Erario, per il tramite del portale Acquistinrete; l'Azienda accederà al Servizio informativo di verifica (gestito da Equitalia) teso ad accertare se il beneficiario del pagamento abbia adempiuto o meno all'obbligo di versamento derivante dalla notifica di una o più cartelle di pagamento.

Si rammenta ancora che, ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari è inoltre previsto che gli strumenti di pagamento - bonifico bancario o postale - devono riportare, in relazione a ciascuna transazione posta in essere dai soggetti obbligati all'applicazione della norma, il CIG, (Codice Identificativo Gara).

5.2 Area legale sinistri: monitoraggio

Il responsabile della Prevenzione della Corruzione ha ritenuto opportuno svolgere un audit con il Responsabile dell'Ufficio sinistri, referente Anticorruzione del Servizio legale per avere contezza dei processi innovativi apportati nell'ambito del Servizio legale nell'anno 2018. Alla luce della legge 8 marzo 2017 n. 24: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (conosciuta come legge Gelli – Bianco) – esordisce il Responsabile dell'Ufficio Sinistri- - il "Regolamento per la gestione sinistri da RCT/O", precedentemente adottato con deliberazione n. 2994 del 18/9/2014, è stato modificato, integrato ed aggiornato con delibera n. 3740 del 24/10/2018 e regolarmente pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente.

Brevemente vengono ricordate le innovazioni più significative che sono state introdotte in applicazione all'art 8 della legge citata: per esempio il ricorso ex art. 696 Bis c.p.c. costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento innanzi al giudice civile. Ancora ai sanitari coinvolti nel sinistro che sia coperto da polizza assicurativa o scoperto cioè privo di assicurazione, l'ufficio procede alla informativa (ex art. 13 della legge n. 24/2017, come modificato dall'art. 11 della legge 3/2018) entro

45 giorni dalla notifica dell'atto introduttivo nei confronti dell'esercente la professione sanitaria. E' opportuno ricordare che all'interno della Amministrazione è stato costituito con deliberazione 937 del 2012 il CAVS (Comitato Aziendale Valutazione Sinistri) in ottemperanza alle disposizioni del Decreto Assessoriale del 28/12/2011. Il comitato è composto dal Direttore Sanitario, dal Responsabile del Servizio Legale, dal Responsabile Ufficio Gestione sinistri, dal Risk Management, dal Responsabile del Settore Tecnico e dal Responsabile della Sicurezza.

Con deliberazione n. 725 del 14/03/2017 la composizione del CAVS è stata integrata dalla **figura del "Loss Adjuster"**, ai sensi delle linee guida emanate dall'Assessorato, recepite dalla Giunta Regionale con delibera n.60 del 4/3/2015. Tale figura esterna all'Azienda fornisce un valido supporto tecnico nella gestione dei sinistri e costituisce un valido supporto al personale interno per migliorare le capacità di autogestione dei sinistri da parte dell'ufficio assicurazione aziendale. Il "Loss Adjuster" consente una effettiva valutazione del rischio, onde evitare che ci siano conseguenze economiche e condannatorie per l'Azienda derivanti da un calcolo del rischio o eccessivamente alto o eccessivamente basso.

Si rammenta che al fine di garantire le finalità istituzionali, ispirate ai principi di imparzialità e trasparenza e di predisporre le misure previste dalla legge, come già delineato nel Piano Anticorruzione Aziendale 2016/2018 è stato istituito, con atto deliberativo n. 4216 del 16/10/2015, l'albo interno di avvocati per l'affidamento di incarichi di consulenza o assistenza stragiudiziale e di rappresentanza e difesa in giudizio dell'Azienda, nonché per la rappresentanza e difesa in giudizio dei relativi dipendenti.

Con il predetto atto deliberativo è stato approvato lo schema di avviso pubblico e il disciplinare di incarico. Preme sottolineare che, sia nel bando che nel disciplinare, è stato ribadito che i professionisti che saranno inseriti nell'albo dovranno impegnarsi a non incorrere in situazioni di incompatibilità o conflitto di interessi derivanti dall'accettazione di patrocinii di cause da introdurre contro l'Azienda.

Più specificatamente, nel disciplinare (art. 2) è stato stabilito che i legali inseriti nell'elenco dovranno impegnarsi a non accettare patrocinii contro l'Azienda durante l'espletamento dell'incarico affidato e per tutta la durata dell'inserimento nell'elenco, salvo la facoltà di richiedere la cancellazione dallo stesso. L'Azienda si è riservata, in caso di riscontro della sussistenza di una causa di incompatibilità, di procedere alla risoluzione del rapporto ai sensi dell'art. 1453 e ss del Cod. Civ. e/o comunque la cancellazione dell'Albo interno, così come è stato effettuato per due casi nel corso del 2018.

Al fine di garantire la più ampia partecipazione, il bando è stato pubblicato sul sito aziendale e verrà garantita ai nuovi aspiranti la possibilità, previo riscontro dei requisiti, di poter essere inseriti anche successivamente alla pubblicazione dell'elenco.

Il RPCT rileva che recentemente l'Anac ha emanato le linee guida n. 12: "Affidamento dei servizi legali" approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 907 del 24 ottobre 2018, e pertanto suggerisce al Responsabile dell'Ufficio sinistri di adeguare il regolamento aziendale alle disposizioni dell'ANAC

Come già specificato nel Piano Anticorruzione 2016/2018 il Responsabile dell'Ufficio gestione diretta sinistri da RCT/O", svolge il monitoraggio dei rischi. Tale ufficio è sorto in ottemperanza alle disposizioni emanate dall'Assessorato alla Salute che, con nota prot. N. 52755 del 30/06/2014, ha imposto alle Aziende del SSN la c.d. "autoassicurazione" per la gestione dei sinistri da RCT, disponendo che le stesse provvedano in via diretta alla gestione dei rischi per responsabilità civile, attraverso i Comitati Aziendali di valutazione sinistri.

In particolare è possibile fare un report dei sinistri in autoassicurazione: le richieste di risarcimento danni pervenute al servizio legale dal mese di gennaio 2018 al 31 dicembre 2018 sono pari a 53 pratiche, all'interno delle stesse ci sono state n. 1 richiesta di mediazione stragiudiziale, 1 notifica di atto di citazione, 5 ricorsi giudiziale ex art. 696 BIS C.P.C., tutti i restanti sinistri sono richieste di risarcimento danni. Il servizio legale ha stilato un report all'interno del quale la valutazione del danno è stata quantificata suddividendo la tipologia di richieste di infortuni, interventi chirurgici e decessi calcolando i costi in un range che va da un minimo di € 5.000 ad un massimo di € 1.100.000,00.

Sia l'istituzione dell'albo interno degli Avvocati, sia l'emanazione del Regolamento per la gestione sinistri rappresentano l'avvio di un processo, di attività collegate per realizzare obiettivi comuni.

5.3 Area Personale: incarichi e nomine

Si premette che già l'Assessorato Regionale della Salute con nota prot. N. S1/64238 del 3 agosto 2017 aveva dato avvio alle procedure di reclutamento del personale, è stato quindi possibile procedere al reclutamento del personale a tempo indeterminato attenendosi alle modalità operative contenute nella direttiva prot. n.. 28551 del 25/03/2016. Di conseguenza è stato rimosso il divieto di assunzione del personale, precedentemente imposto con nota assessoriale n. 85514 del 21/11/2012. Si è proceduto alla stabilizzazione di diverse unità di personale appartenenti a vari profili professionali, in servizio a tempo determinato a temporanea copertura dei posti vacanti, in attuazione del combinato disposto del comma 1 ed 11 dell'art. 20 del D.Lgs 25 maggio 2017, n.75 (decreto Madia) come modificato dall'art.1 comma 813 della legge 205 del 2017.

Tale stabilizzazione è stata opportunamente preceduta da una rimodulazione del piano del fabbisogno del personale per l'anno 2018, effettuata con delibera n. 399 del 13/02/2018 in ottemperanza alle direttive impartite dall'Assessorato alla Salute con nota assessoriale prot. Servizio 1/n 5824 del 23/01/2018, al fine di consentire un coordinamento delle procedure di stabilizzazione con le previsioni di assunzione del personale fabbisogno triennale di cui alla delibera n. 2135/2017

La RPCT ha potuto constatare che puntualmente l'attività concorsuale viene pubblicata sul sito web aziendale, nell'apposita sezione "Bandi di concorso" dell'Amministrazione trasparente

Circa il rischio di assenza dei presupposti programmatori e/o di una motivata verifica delle effettive carenze organizzative, bisogna sottolineare l'effettiva esistenza dei presupposti, rappresentati nell'Atto Aziendale, che individua tra l'altro la tipologia e il numero delle Strutture Complesse, nonché nella dotazione organica, che indica dettagliatamente l'organigramma organizzativo costituito dai relativi posti organici.

L'Azienda non rileva rischi di frammentazione di Unità Operative e/o aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire, in quanto l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana ha fornito disposizioni relative all'eliminazione di duplicazioni, in ciascuna Azienda, di Unità Operative afferenti alla medesima disciplina.

Per quanto riguarda l'uso della discrezionalità, il rischio è da considerare basso, ed è legato esclusivamente alla necessità di individuare un profilo professionale adeguato all'incarico da ricoprire; esso, peraltro, per effetto delle recenti disposizioni in materia di selezione di dirigenti di Struttura Complessa, è ampiamente e dettagliatamente definito preventivamente all'interno del relativo bando.

In tema di prevenzione del rischio corruttivo, l'Azienda già provvede a verificare la coerenza tra la richiesta di avvio di procedura concorsuale e l'atto aziendale, la dotazione organica e ogni previsione

normativa e regolamentare, nonché le necessità assistenziali; allo stesso modo, ogni bando adottato individua gli elementi specifici del profilo professionale cui l'incarico fa riferimento, fornendo alla commissione aggiudicatrice uno strumento idoneo.

Con riferimento alla commissione, l'Azienda ha previsto un'apposita sezione sul sito internet relativa ai componenti e ai lavori, e parimenti, al fine di garantire massima trasparenza e imparzialità, l'Azienda ha provveduto ad adottare apposito regolamento disciplinante le varie fasi relative al conferimento di incarico di struttura complessa del ruolo sanitario, opportunamente pubblicato sul sito istituzionale dell'ente.

Per quanto attiene le nomine di responsabili di strutture semplici, è stata definita la rete ospedaliera da parte dell'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana, l'Azienda terrà conto, al momento dell'eventuale avvio delle procedure di nomina, dei suggerimenti riguardanti le buone prassi riproposte nel PNA sezione Sanità.

Nell'area del Personale, nel corso dell'anno 2018 sono pervenute n. 7 richieste di accesso civico, prontamente riscontrate e non è pervenuta alcuna segnalazione relativa alla violazione del D.P.R. n. 62 del 2013 (codice di comportamento). Non si sono verificati eventi corruttivi nelle seguenti aree:

- acquisizione e progressione del personale
- provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

E' stata effettuata la rotazione del personale come misura di prevenzione del rischio. In particolare sono stati effettuati, nel corso dell'anno 2018, i seguenti trasferimenti da un'unità operativa ad un'altra:

- dirigente medico: 1
- infermiere: 57
- tecnico di radiologia medica: 3
- operatore tecnico: 2
- ausiliario specializzato: 2
- dirigente amministrativo: 1
- collaboratore amministrativo: 1
- assistente amministrativo: 1
- coadiutore amministrativo: 2

L'Azienda non è stata interessata da alcun processo di riorganizzazione. Sono state adottate misure, ai sensi del D. Lgs. n. 39/2013, per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità.

È stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi. Non sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati.

Non sono pervenute segnalazioni relative alla violazione dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 (partecipazione a commissioni e assegnazioni agli uffici ai soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.).

5.4 Gestione entrate, spese e patrimonio

Il rischio nell'ambito della gestione entrate viene determinato dalla possibilità di errata o indebita fatturazione (c.d.sovrafatturazione).

Le misure attuate consistono in:

- verifica dell'oggetto della fatturazione;
- acquisizione della documentazione giustificativa fornita dai servizi che hanno erogato la prestazione: reports e prospetti attestanti quantità, tipologia della prestazione e/o del servizio da fatturare;
- nel caso di fatturazione di versamenti o conferimenti di denaro per sperimentazioni o donazioni da parte di soggetti esterni, acquisizione della documentazione giustificativa e verifica della regolarità della prestazione anche mediante apposite attestazioni formali (da porre a corredo della predetta documentazione giustificativa della fattura) da parte dei soggetti interni responsabili del procedimento;
- archiviazione della copia interna della fattura unitamente alla documentazione di supporto ai fini di una pronta controllabilità e ripercorribilità del procedimento di fatturazione.

È da precisare che il “Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei Bilanci delle Aziende e degli Enti del SSN” in corso di realizzazione costituisce un ulteriore e fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di corruzione e di frode amministrativo-contabile (l'attività svolta nel corso del 2018 è approfondita nel paragrafo dedicato). L'implementazione di tale percorso, infatti, ha come presupposto fondamentale un miglioramento della strutturazione dell'organizzazione interna e dei procedimenti aziendali anche con particolare riferimento ai sistemi amministrativo-contabili facilitando i processi interni di controllo finalizzati alla prevenzione dei fenomeni corruttivi e fraudolenti.

Il rischio relativo alla **gestione dei pagamenti** si potrebbe configurare in diverse fattispecie tra le quali le più significative sono:

- ritardo nell'erogazione dei compensi entro i termini previsti contrattualmente;
- liquidazione delle fatture senza adeguata verifica della prestazione con correlato rischio di eventuale attribuzione di benefici indebiti;
- fatturazione di prestazioni non svolte;
- pagamenti effettuati senza rispettare la cronologia nell'approvazione delle delibere di liquidazione, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'Ente.

Al fine di limitare il verificarsi del rischio sono state messe in atto misure che hanno come scopo precipuo quello di garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari volte anche ad agevolare la verifica ed il controllo della correttezza dei pagamenti effettuati e delle gestione finanziaria e contabile, ed in particolare:

- tracciabilità del procedimento di liquidazione prevedendo strumenti che consentano la controllabilità delle fasi;
- istruttoria dell'atto di liquidazione che preveda la verifica della regolarità della fornitura attraverso il riscontro tra ordinato consegnato (D.D.T.) e fatturato al fine di evitare rischi di indebite o non corrette fatturazioni da parte dei fornitori. In tale fase rientra anche, per ciò che concerne la fornitura dei servizi e dei lavori, la verifica, da parte dei Settori ordinanti preposti alla liquidazione dei corrispettivi dovuti, della corretta esecuzione del servizio o del lavoro fatturato;

- effettuazione dei pagamenti seguendo in maniera tassativa il formale ordine cronologico delle date di approvazione delle deliberazioni autorizzative dei pagamenti al fine di scongiurare ogni tipo di favoritismo tra i beneficiari degli stessi alterando la tempistica nel legittimo soddisfo delle pretese creditorie. Tale criterio offre, peraltro, il duplice vantaggio dell'assoluta oggettività nella dinamica di effettuazione dei pagamenti e della facile controllabilità della sequenza dei pagamenti.

PATRIMONIO

Le misure attuate si distinguono a seconda che riguardino la gestione dei beni mobili o immobili.

Per ciò che concerne la gestione patrimoniale dei beni mobili:

- completa formalizzazione del procedimento di inventariazione (acquisizione ordine d'acquisto, D.D.T., fattura, collaudo, altra documentazione a supporto).
- verifica della corrispondenza del bene consegnato a quello ordinato e fatturato attestata dall'organo tecnico interno;
- verifica delle regolarità del collaudo;
- inserimento del bene e dei dati correlati nel libro cespiti;
- archiviazione della documentazione a supporto ai fini di una puntuale e pronta controllabilità e ripercorribilità del procedimento di inventariazione.

Per ciò che concerne la gestione patrimoniale dei beni immobili:

- per gli immobili destinati all'utilizzo di terzi (locazione) attuazione di adeguate procedure di selezione del contraente che garantiscano la parità di trattamento tra gli aspiranti ed un'equa remunerazione dell'utilizzo del bene tenendo conto dell'interesse pubblico caso per caso perseguito;
- per la generalità degli immobili predisposizione degli appositi prospetti di inventariazione contenenti tutti i dati afferenti agli stessi (dati catastali, ubicazione, caratteristiche etc.).

Infine, si rileva che l'Azienda è dotata di un "Regolamento per la gestione dei beni mobili e immobili", pubblicato fra le "Disposizioni Generali" della sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

6 Aree di rischio specifiche

6.1 Attività Libero Professionale Intramuraria

In materia di attività libero professionale intramuraria, rispetto al Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2018/2019, si registra in questa attività un ulteriore passo avanti che attiene specificatamente all'attività libero professionale chirurgica. Essa viene monitorata da un nuovo applicativo elettronico che consente la registrazione dei dati anagrafici dei pazienti, l'impegno temporale del personale dedicato a tale attività, la registrazione telematica dell'atto chirurgico. Ogni variazione successiva alla chiusura del registro operatorio viene registrata in appositi log la cui consultazione da parte della Direzione Sanitaria rende visibile l'operatore, la tempistica e la modifica effettuata.

Occorre a questo punto fare alcune osservazioni di carattere generale. L'attività libero professionale ambulatoriale svolta dalla dirigenza medica dell'Azienda Cannizzaro sia in regime di intramoenia (all'interno dell'azienda) che di intramoenia allargata (negli studi professionali

convenzionati) è allo stato regolata e monitorata tramite sistema informatizzato aziendale. Tale sistema mette a disposizione del personale operante all'interno del processo un applicativo (GSA) che prevede la prenotazione tramite CUP dedicato, la registrazione della tempistica (data e ora) di effettuazione delle prestazioni, l'individuazione del medico effettore, la tipologia delle prestazioni ed i relativi pagamenti, la quantità delle singole prestazioni, i tempi di attesa, il raffronto fra volumi di prestazioni eseguite in regime libero-professionale e quello eseguito in regime istituzionale, il raffronto fra le differenti tipologie di lista di attesa (ALPI Istituzionale), la tracciabilità dei pagamenti e di tutti gli interventi sull'applicativo da parte del personale interessato (operatori CUP, ufficio ticket, operatori sanitari, amministratori di sistema).

Tutti i dati sono conservati su server aziendale. I report sulle liste d'attesa, l'elenco dei medici effettori di ALPI, i giorni e la sede delle attività libero professionali per singolo medico, la tabella delle prestazioni ed i relativi costi, sono pubblicati sul sito aziendale, oltre a costituire materia di informazione obbligatoria e interlocuzione con l'Assessorato regionale alla salute.

Relativamente all'attività libero professionale eseguita in regime di intramoenia allargata, i singoli medici autorizzati sottoscrivono annualmente una convenzione con l'Azienda Cannizzaro nella quale attestano di svolgere la propria attività conformemente alla normativa vigente. L'Azienda, inoltre, verifica con ispezioni a cadenza variabile presso gli studi medici l'osservanza dei requisiti imposti dall'ordinamento e dal regolamento aziendale della libera professionale.

In Azienda è stata costituita con deliberazione n. 2443 /CS del 2012 la *"Commissione di verifica della attività libero- professionale ex art- 31 del "Piano Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria"*. La suddetta Commissione è formata per la parte pubblica: Dirigente medico di presidio o un suo delegato, Dirigente statistico, Capo settore del Personale, Capo Settore Economico finanziario, Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il pubblico; per la parte sindacale: da cinque rappresentanti designati dalle OO.SS., di cui tre dell'area medica, una dell'area SPTA e uno del comparto

Quanto sopra si rende necessario alla luce dei rischi che caratterizzano l'area ALPI e che anche il rapporto "Curiamo la corruzione" ha approfondito, pubblicando la seguente tabella che questo PTPC fa propria:

Abuso del sistema di gestione delle liste d'attesa	Il rischio consiste nell'assegnazione, da parte del medico, di una indebita priorità ad un paziente, cosicché quest'ultimo possa godere di una prestazione sanitaria con tempi di attesa ridotti. Il medico sfrutta il sistema di gestione delle liste d'attesa per assegnare al paziente una priorità di cui non avrebbe diritto, a discapito degli altri pazienti. Comprende le azioni che modificano direttamente la condizione soggettiva del paziente. Ricorre ogni qualvolta sia previsto un sistema di prenotazione dei servizi sanitari, siano essi ambulatoriali (es. analisi o visite mediche), ospedalieri (es. terapie, interventi, o ricoveri/degenze) domiciliari (es. inserimento in strutture sanitarie pubbliche o private).
---	---

6.2 Attività Ambulatoriale: informatizzazione 2017-2018

L'Azienda Cannizzaro ha già avviato dal mese settembre 2015 un processo di informatizzazione delle attività ambulatoriali a carico del SSN tramite la diffusione di un applicativo che racchiude tutti i dati relativi a tali attività. Rispetto al tipo di prenotazioni hanno possibilità di accesso fasce diverse di personale. Per le prenotazioni esterne ha libero accesso il personale del CUP e dell'ufficio ticket, mentre

per le prenotazioni interne il personale sanitario, infine il personale medico agisce per l'esecuzione delle prestazioni e per la prescrizione della ricetta dematerializzata.

L'applicativo consente di individuare diversi fattori: la registrazione della tempistica (data e ora) di effettuazione delle prestazioni, l'individuazione del medico effettore, la tipologia delle prestazioni, la quantità delle singole prestazioni effettuate per singolo medico, i tempi di attesa, il raffronto fra volumi di prestazioni eseguite in regime libero-professionale e quello eseguito in regime istituzionale, il raffronto fra le differenti tipologie di lista di attesa (ALPI vs Istituzionale), la tracciabilità di tutti gli interventi sull'applicativo da parte del personale interessato (operatori CUP, ufficio ticket, operatori sanitari, amministratori di sistema). Tutti i dati sono conservati su server aziendale.

Negli ultimi due anni è stata implementata l'informatizzazione in questo ambito.

Dal mese di settembre 2017 l'Azienda ha implementato la informatizzazione con l'adozione di un applicativo per la registrazione delle attività di sala operatoria, sia in regime istituzionale che per l'attività in intramoenia. Con tale applicativo si esegue la registrazione delle attività chirurgiche effettuate nelle sale operatorie dell'Azienda, consentendo di mappare ogni attività, le relative modifiche, le tempistiche, ed i dati anagrafici di pazienti ed operatori.

Dal mese di settembre 2018 un importante risultato si è aggiunto implementando il sistema. Il percorso dei pazienti costituito da tre fasi, l'accettazione/dimissione/trasferimento (ADT) che transitano dal nostro nosocomio, viene effettuato tramite applicativo digitale. Con esso si registrano gli accessi, le consulenze interne, i trasferimenti ad altri reparti o ospedali, le dimissioni. I due sistemi applicativi (sala operatoria e ADT) comunicano tra loro integrando i dati dell'uno con le attività dell'altro al fine di inserire tutto il percorso nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

Un altro traguardo è stato raggiunto nel 2018: dal mese di settembre si è avviata la registrazione telematica e non più cartacea delle consulenze effettuate dal personale medico presso il Pronto Soccorso. Tali referti una volta siglati e chiusi sono immutabili pur essendo emendabili con refertazioni aggiuntive.

6.3 Farmacia: audit processo acquisti

La Farmacia Ospedaliera è una struttura complessa che, sulla base degli obiettivi strategici indicati dalla Direzione e nel rispetto della normativa vigente, opera al fine di assicurare un uso appropriato, efficace, sicuro ed economico, delle risorse gestite (farmaci, dietetici, disinfettanti, dispositivi medici e materiale sanitario).

Come già delineato nel Piano Anticorruzione Aziendale 2018/2020 nella gestione del rischio corruttivo, legato alle modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento dei farmaci, il servizio di Farmacia adotta la gestione informatizzata del magazzino per garantire la corretta tracciabilità di tutte le movimentazioni dei prodotti di scorta.

L'approvvigionamento di farmaci, dietetici, disinfettanti, dispositivi medici, materiale sanitario e materiale diagnostico viene effettuato mensilmente, previa programmazione, pianificazione, verifica delle scorte ed analisi della assegnazione economica; tutte le attività di gestione del magazzino vertono sul controllo qualitativo e quantitativo, ponendo particolare cura alla corretta conservazione di tutti i prodotti in entrata, al fine di garantire la rotazione degli stessi, nonché, prima della fase di dispensazione, le attività di informazione e di controllo sul loro corretto ed appropriato uso.

Al fine di assicurare una corretta allocazione delle risorse economiche viene costantemente effettuato il monitoraggio della spesa economica per centro di costo.

Le attività di ispezione, con particolare riferimento alla corretta gestione delle sostanze stupefacenti, consentono di verificare le scorte dei magazzini di reparto, nonché la corretta conservazione delle stesse.

Trimestralmente, al fine di monitorare con periodicità le scorte dei magazzini, vengono elaborati i report delle rimanenze di tutti i prodotti presenti sia nel magazzino centrale della farmacia che nei magazzini di reparto, ciò consente di razionalizzare gli acquisti di tutti i prodotti presenti in quantità sufficiente a garantire il fabbisogno mensile.

Nell'anno 2018, attraverso un audit con il Direttore della farmacia, è stata acquisita la modalità del processo degli acquisti.

Fra le molteplici attività svolte, l'attività della Direttrice della farmacia cura l'approvvigionamento di farmaci, dietetici, disinfettanti, dispositivi medici, materiale sanitario, materiale diagnostico, nonché programmazione, pianificazione e gestione degli acquisti. Il processo degli acquisti avviene a seguito di una attenta attività di gestione del magazzino, sulla base di continui e periodici controlli quali-quantitativi e verifica della corretta conservazione e distribuzione dei prodotti. Viene, altresì, effettuato un continuo monitoraggio della spesa indotta dal consumo di farmaci, dispositivi medici e materiale sanitario, rispetto ai consumi attesi e al budget di spesa assegnato alle singole unità operative.

Le attività di ispezione, con particolare riferimento alla corretta gestione delle sostanze stupefacenti, contribuiscono alla razionalizzazione della spesa degli acquisti. Gli ordini di fornitura vengono effettuati secondo criteri di efficacia ed efficienza economica (predisposizione di indagine storica sugli acquisti pregressi, calcolo del reale fabbisogno dei reparti tramite consultazione degli archivi telematici aziendali e confronto diretto con il personale sanitario).

Periodicamente, vengono controllati gli stati di evasione degli ordini per contenere la somma residuale che risulta dalla differenza tra l'importo ordinato e quello del materiale effettivamente consegnato (recupero della documentazione di trasporto e consegna di prodotti in c/anticipo presso reparti e fornitori, sollecito presso le ditte).

I farmacisti, tra l'altro, si impegnano a garantire l'appropriatezza prescrittiva dei Farmaci, attraverso i suddetti strumenti:

- note Aifa (Agenzia Italiana per il Farmaco);
- Piani terapeutici;
- Registri Aifa.

Ciò determina una corretta sorveglianza sulle prescrizioni dei farmaci rimborsabili dal SSN. È cura del Servizio di Farmacia vigilare sulla corretta gestione del processo, individuando eventuali criticità e possibili azioni di miglioramento..

6.4 Informatizzazione Sanitaria

Il processo di informatizzazione sanitaria delle attività ambulatoriali, a carico del SSN, è iniziato nel settembre 2015 tramite la diffusione di un applicativo che racchiude tutti i dati relativi a tali attività, come è stato già delineato nel Piano 2017/2019. Brevemente, si ricorda qui che ad esso ha libero accesso il personale del CUP e dell'ufficio ticket per le prenotazioni esterne, il personale sanitario per le

prenotazioni interne, il personale medico per l'esecuzione delle prestazioni e per la prescrizione della ricetta dematerializzata.

L'applicativo consente la registrazione della tempistica (data e ora) di effettuazione delle prestazioni, l'individuazione del medico effettore, la tipologia delle prestazioni, la quantità delle singole prestazioni effettuate per singolo medico, i tempi di attesa, il raffronto fra volumi di prestazioni eseguite in regime libero-professionale e quello eseguito in regime istituzionale, il raffronto fra le differenti tipologie di lista di attesa (ALPI vs Istituzionale), la tracciabilità di tutti gli interventi sull'applicativo da parte del personale interessato (operatori CUP, ufficio ticket, operatori sanitari, amministratori di sistema). Tutti i dati sono conservati su server aziendale

Il processo virtuoso sopra delineato ha trovato applicazione da novembre 2017 nella attività operatoria. È infatti presente un applicativo aziendale per la registrazione della suindicata attività. Il sistema prevede l'accesso solo tramite account individuale del personale operante nelle sale operatorie: chirurghi, anestesisti ed infermieri. Ciascun operatore risponde di proprie specifiche competenze ed accede ai campi di pertinenza lasciando traccia di ogni accesso e ogni modifica effettuata sulla scheda operatoria per la parte di propria competenza. Dal dicembre 2017 il registro cartaceo di sala operatoria è stato sostituito dal registro informatico (ORMAWEB). Ogni attività di registrazione informatica dell'attività di sala operatoria sul programma è monitorizzata dalla Direzione sanitaria.

6.5 Centro Unificato Prenotazioni

Nel servizio di prenotazione aziendale è stato avviato sin dal 2016 il medesimo processo di informatizzazione e di implementazione per ottimizzare la tracciabilità dei pagamenti. Relativamente alle prenotazioni si è ampiamente descritto lo sviluppo del sistema di informatizzazione.

Per quanto attiene al sistema di pagamenti da parte degli utenti son stati acquisiti nuovi POS in grado da consentire per ciascun sportello di pagamento la massima disponibilità per l'utilizzo del pagamento elettronico. Il personale addetto alla riscossione è autorizzato ad accettare pagamenti solo per prestazioni prenotate sull'applicativo essendo inibita qualunque modalità di pagamento per prestazioni non presenti sull'applicativo aziendale o ancora da inserire all'atto del richiesto pagamento. L'aggiornamento informatico è tuttora in atto con l'utilizzo di nuovi mezzi di lavoro, tutti connessi con i sistemi di monitoraggio aziendale.

A breve entrerà in funzione il pagamento digitale delle prestazioni tramite il sistema PagoPA, i cui test di esecuzione sono stati completati con successo, contribuendo così a snellire le operazioni di sportello, eliminando all'utenza fastidiose file di attesa per i pagamenti. Tale modalità di pagamento determina un flusso economico direttamente con l'istituto di credito fiduciario, riducendo l'intervento degli operatori la cui azione sarà limitata all'eventuale rilascio della fattura. Come per la normale attività di cassa, ogni azione di rimborso avviene previa autorizzazione del responsabile dell'ufficio ed è tracciata digitalmente..

6.6 Rischio Clinico

Il Responsabile del rischio clinico di questo Ospedale, partendo dal presupposto - dimostrato da studi statistici - che la sala operatoria è uno degli ambienti sanitari con i più alti livelli di rischio clinico, ha ritenuto necessario organizzare corsi di formazione.

Di fatto la responsabile ha rilevato che tra i rischi che si corrono sono particolarmente rilevanti quelli legati alla comunicazione, all'individuazione del giusto paziente e della giusta sede, al rischio infettivo e a quello di ritenzione del materiale sul sito chirurgico.

Pertanto nel corso del 2018 l'UOS Gestione del rischio clinico ha promosso e svolto un corso di formazione intitolato: "Il percorso di sicurezza del paziente in sala operatoria", rivolto ad operatori sanitari (medici ed infermieri) accreditato ecm con venti crediti formativi.

Altra attività come già è avvenuto nel 2017, è stata svolta in collaborazione con il Comitato Infezioni Ospedaliere, in sinergia con questo organismo sono state aggiornate alcune procedure e protocolli operativi.

Inoltre, è stato effettuato il monitoraggio e i dati relativi agli eventi sentinella attraverso il Flusso SIMES sono stati puntualmente inviati al Ministero; infine, sono stati monitorati alcuni eventi avversi (es. cadute) di maggiore rilievo per cui si è ritenuto necessario procedere agli audit con il personale coinvolto.

Infine, nel corso del 2018, in collaborazione con l'addetto alla Comunicazione Istituzionale, si è rivista e aggiornata la presenza sul sito web istituzionale, con l'allestimento di un "mini-sito" (nell'immagine sotto) all'interno del quale sono riportate tutte le procedure adottate e le iniziative di formazione, oltre alle informazioni basilari sul rischio clinico.

[Home](#) / [Rischio Clinico](#)

Cos'è il rischio clinico

Ospedale senza dolore

Documenti

Formazione

Comitato Infezioni Ospedaliere

Cos'è il rischio clinico
 Le pratiche e le attività utili ad elevare la sicurezza dei pazienti

Ospedale senza dolore
 L'impegno dell'Ospedale per una corretta valutazione e gestione del dolore.

Documenti
 Procedure e altra documentazione attinente la gestione del rischio clinico

Formazione
 Eventi formativi organizzati, promossi o condivisi dall'Azienda Cannizzaro

Comitato Infezioni Ospedaliere
 Procedure specifiche e altra documentazione

Responsabile aziendale Rischio Clinico
Dott.ssa Anna Maria Longhitano
 Direzione Medica di presidio / Direzione Sanitaria

Contatti
Telefono: 095 726.24.86
Fax: 095 726.24.66
Email: aoc.dirsan@ospedale-cannizzaro.it

6.7 Attività post-decesso

Risulta utile riprendere la descrizione dei rischi, così come emersi dall'analisi del rapporto "Curiamo la corruzione", nello specifico capitolo dedicato alle attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero. Poiché, anche dagli elementi sottolineati nella sezione dedicata al contesto esterno, questa risulta essere un'attività a forte rischio, si conviene di approfondire alcuni rischi, fra quelli segnalati nei PTPC, ritenuti maggiormente frequenti.

Segnalazione di decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri

Il rischio descrive la circostanza per cui gli operatori della struttura sanitaria, anche in forza di propri rapporti personali, stringono accordi con talune imprese funerarie, affinché queste ultime siano informate tempestivamente dell'imminente, o avvenuto, decesso in

	cambio della spartizione degli utili. Il rischio può concretizzarsi anche nella pratica dell'indicazione ai parenti di una specifica impresa di onoranze funebri, da parte degli addetti alle camere mortuarie e dei reparti
Richiesta o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento di funzioni	Il rischio rappresenta la dinamica per cui gli operatori della struttura sanitaria accettino, o richiedano, la dazione di denaro o altre utilità allo scopo di compiere attività che rientrano già nell'alveo delle loro funzioni o dei compiti previsti. Inoltre, viene ricondotto a questa categoria di rischio anche lo svolgimento di attività al di fuori dei compiti d'ufficio dell'operatore sanitario, a favore di una o più agenzie di onoranze funebri in cambio di indebiti vantaggi. Quest'ultimo accordo può riguardare attività come la deposizione della salma nella bara, il montaggio della camera ardente o la vestizione del defunto
Difficoltà ed anomalie nelle modalità di accesso alla camera mortuaria	Il rischio descrive tutte le situazioni nelle quali si verifichi un irregolare ingresso degli operatori del settore sanitario, o dei dipendenti di un'impresa funebre, all'interno delle celle frigorifere, camera ardente o sale mortuarie

Quale misura di contrasto del rischio, questa Azienda ha pubblicato sul proprio sito web, nel 2017, l'elenco dei soggetti privati autorizzati dalla competente Azienda Sanitaria Provinciale di Catania al trasporto infermi a mezzo ambulanza, con le relative targhe delle ambulanze con attestato di verifica annuale regolare. L'elenco, aggiornato al 30 giugno 2017, è pubblicato nella pagina "Prevenzione della Corruzione", alla voce "Altri contenuti" della sezione Amministrazione Trasparente, mentre nella sezione "News" è stata pubblicata la notizia relativa a questo provvedimento. L'Azienda Cannizzaro si è altresì impegnata ad effettuare la tempestiva pubblicazione dell'elenco aggiornato, una volta trasmesso dall'ASP.

In questa Azienda si è verificato un procedimento penale iniziato nel 2010, e conclusosi nel 2018 con sentenza emessa dalla Corte di Cassazione che riguardava eventi corruttivi legati a decessi in ambito ospedaliero, che si può annoverare nella fattispecie: "Richiesta o accettazione impropria di regali compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle funzioni"

A tale proposito si evidenzia che a seguito di procedimento penale per eventi corruttivi in quest'ambito, è stato avviato nei confronti di alcuni dipendenti nel maggio 2010, procedimento disciplinare, sospeso e riavviato nel 2018 a seguito di sentenza della Corte di Cassazione. In questo caso è stata applicata la rotazione straordinaria nei confronti dei dipendenti coinvolti, se ne dà cenno nella sezione dedicata.

Anche se si tratta di un evento verificatosi parecchi anni addietro si ritiene di dover intervenire in questo ambito attraverso la adozione di un regolamento che regoli il decesso in ospedale e i rapporti con le imprese funebri.

6.8 Altri aspetti in sanità: comitati etici

A seguito della riforma della rete dei Comitati Etici (ex legge 8 novembre 2012, n.189, cosiddetta "legge Balduzzi" ed ex dm 8 Febbraio 2013 del Ministero della Salute), per la quale in Sicilia sono attivi cinque comitati etici interaziendali, la competenza per le sperimentazioni nell'Azienda ospedaliera Cannizzaro è del comitato etico Catania 1, che ha sede presso l'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania (ed è competente anche per l'Azienda sanitaria provinciale di Ragusa). Il suddetto Comitato ha adottato un regolamento per il suo funzionamento,

aggiornato a giugno 2018. Il Comitato Etico è stato rinnovato e integrato con delibera dell'AOU Policlinico-Vittorio Emanuele n. 929 del 08/06/2017. Il referente aziendale è stato confermato.

7. Analisi dei rischi e mappatura dei processi

Facendo seguito a quanto già illustrato nel precedente Piano triennale di prevenzione della corruzione, l'Amministrazione ha individuato la mappa delle aree e dei processi aziendali, con relativo rischio corruttivo, che si prevede di monitorare e gestire nel 2019 (e che è riportata nelle tabelle pubblicate nelle pagine seguenti). Grazie alle attività di autoanalisi organizzativa atte alla conoscenza sistematica dei processi organizzativi aziendali nell'ambito dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (P.A.C), l'Azienda ritiene di avere integrato quanto prescritto dall'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla determinazione ANAC n. 12/2015. A ciò contribuisce anche l'istituzione a livello di Azienda della funzione di internal audit con compiti di vigilanza e monitoraggio, di cui si relaziona di seguito.

7.1 Attività di controllo in ambito P.A.C.

Si premette che l'Azienda, in linea con le disposizioni regionali in materia (nota prot. n. 65013 del 2 agosto 2013) ha istituito la funzione *Internal Audit* finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale. In questa Amministrazione la funzione di Internal Audit è ricoperta dalla stessa dirigente che svolge il ruolo di RPCT.

La funzione *Internal Audit* svolge un'attività di verifica indipendente, operante all'interno dell'Azienda e al suo servizio, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi amministrativo-contabili e gestionali. L'obiettivo della funzione *Internal Audit* è di fornire un supporto alla Direzione per un costante miglioramento di gestione, a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento delle loro responsabilità.

L'*Internal Audit* svolge il proprio compito in modo obiettivo e con la necessaria autonomia, libera da condizionamenti quali potrebbero essere conflitti di interesse individuali, limitazione del campo di azione, restrizioni nell'accesso a informazioni, rapporto di indipendenza gerarchica nei confronti di coloro che verifica o difficoltà analoghe.

La suddetta funzione favorisce l'importanza di un processo formale, documentato e collaborativo nel quale i responsabili delle strutture interne siano direttamente coinvolti nella mappatura ed identificazione degli ambiti soggetti a rischio e nell'individuazione di modifiche organizzative tali da mitigare il livello di rischio.

Fermi restando il diretto coinvolgimento e la sistematica collaborazione dei responsabili delle strutture interne aziendali, alla funzione *Internal Audit* compete:

- l'identificazione e la misurazione dei rischi aziendali;
- la valutazione di efficacia del sistema dei controlli interni;
- la redazione annuale del piano delle attività di audit;
- la realizzazione degli audit programmati e l'esecuzione dei *follow-up*;
- l'archiviazione della documentazione utile a supportare gli esiti degli audit effettuati;
- l'emissione di un rapporto di audit annuale quale conseguenza delle attività svolte;

- l'individuazione e la proposta di opportunità di miglioramento in coerenza con gli obiettivi aziendali;
- l'aggiornamento professionale attraverso la partecipazione a specifici corsi di formazione.

Le attività della funzione *Internal Audit* possono declinarsi in tre distinte fattispecie in relazione ai diversi obiettivi del controllo interno nell'organizzazione:

- *compliance audit*: conformità a leggi e regolamenti;
- *operational audit*: efficacia dei processi amministrativo-contabili;
- *financial audit*: attendibilità delle informazioni di bilancio e salvaguardia del patrimonio.

Il Sistema di Controllo Interno può definirsi come l'insieme delle politiche e delle regole, delle procedure e degli strumenti, delle strutture organizzative e delle persone, che danno attuazione al processo del Controllo Interno. Di per sé, il Sistema di Controllo Interno non garantisce il raggiungimento degli obiettivi aziendali ma la predisposizione di un impianto complessivo di *governance* idoneo al loro raggiungimento. **Il Controllo Interno è un processo, dunque, che permea tutta l'Azienda e non è identificabile con la sola unità di *Internal Audit*.**

Le procedure amministrativo-contabili, in tal senso, costituiscono componente fondamentale del Sistema di Controllo Interno in quanto rappresentano, coerentemente agli obiettivi definiti a livello aziendale, uno degli strumenti di attuazione del processo di Controllo Interno. In quest'ottica, la valutazione dei processi e delle procedure aziendali sarà svolta anche con riferimento alla loro attitudine a garantire gli obiettivi del Controllo Interno, in quanto quest'ultimo compendia certamente il concetto di "*adequatenza a standard di certificabilità*".

L'obiettivo della funzione *Internal Audit* sarà maturare un'opinione su quanto l'impianto complessivo di *governance* dell'Azienda (appunto, Sistema di Controllo Interno) sia idoneo al raggiungimento degli obiettivi del processo del Controllo interno - ovunque e comunque tale processo sia svolto, anche parzialmente - al fine di identificarne le criticità, paragonarlo agli *standard* e alle *best practices* e proporre azioni di miglioramento in un piano di adeguamento.

L'*Internal Control Integrated Framework* individua le seguenti cinque componenti del Sistema di Controllo Interno, tutte interessate dai tre obiettivi di cui al paragrafo precedente:

- *control environment*: ambiente di controllo e redazione di report finanziari;
- *risk assessment*: processo per la gestione dei rischi;
- *control activities*: procedure e azioni intraprese per realizzare gli obiettivi aziendali;
- *information & communication*: scambio di informazioni per il controllo dell'Azienda;
- *monitoring*: monitoraggio del sistema di controllo.

Il Sistema di Controllo Interno compendia altresì l'impatto del sistema informativo sui processi amministrativo-contabili, cioè la sua capacità di supportare e abilitare i processi e le procedure aziendali; in sostanza, se il sistema informativo, così come implementato e parametrato, costituisce un fattore abilitante o un fattore ostacolante e antifunzionale rispetto alla corretta ed efficiente gestione del processo, secondo *standard* di Controllo Interno.

Affinché il bilancio dell'Azienda sia certificabile, è necessario che il processo di Controllo Interno sia svolto e operi efficacemente. Proprio in quanto si tratta di un processo, può essere reingegnerizzato e migliorato, una volta identificati i *gap*.

Poiché le procedure amministrativo contabili agiscono, nell'organizzazione, in maniera trasversale alle sue aree funzionali, l'analisi riguarderà altresì:

- articolazione funzionale dell'organigramma aziendale e le attività svolte negli uffici, al fine di individuare eventuali criticità particolari rispetto alla necessaria indipendenza che, secondo gli *standard*, alcune funzioni aziendali devono mantenere;
- organigramma, così come disegnato, al fine di comprendere se risulti funzionale o meno alla corretta gestione del processo amministrativo-contabile;
- eventuale esistenza di processi o attività non gestiti, e se questi siano appropriatamente attribuibili ad uffici/persone in forza all'organizzazione.

Le procedure di verifica verranno effettuate su un campione di transazioni, per ciascuna delle quali saranno svolte interviste e acquisiti elementi di valutazione, al fine di ottenere la ragionevole certezza che le relative operazioni registrate in contabilità:

- si riferiscano ad obbligazioni realmente esistenti;
- siano contabilizzate nel corretto periodo di competenza;
- siano complete ed accurate;
- siano classificate nelle corrette voci di bilancio;
- siano supportate da adeguata documentazione.

L'obiettivo delle verifiche è focalizzato sui principali rischi che possono avere un impatto sul bilancio mediante lo svolgimento delle seguenti tipologie di procedure di analisi e verifica:

- colloqui con i responsabili di strutture e/o altri soggetti rilevanti ai fini del ciclo di bilancio esaminato;
- osservazioni ed ispezioni dirette a supportare i colloqui con i responsabili di strutture, a corroborare ed integrare le informazioni ottenute. Nel dettaglio, approfondite indagini, esame di evidenze documentali e osservazioni per conoscere, valutare e talvolta testare l'efficacia dell'operatività dei controlli previsti dalle procedure;
- verifica sui sistemi ausiliari a supporto della gestione aziendale;
- procedure di analisi comparativa basate su quattro dimensioni consecutive: sviluppare una aspettativa indipendente, identificare correlazioni inusuali o inattese, calcolare le differenze rispetto alle aspettative e valutare eventuali differenze significative;
- *reperforming* ovvero ripercorrere il fatto di gestione dall'inizio alla fine per comprendere l'efficacia operativa dei controlli (manuali ed automatici) e la documentazione di supporto.

7.2 Piano delle attività di Audit

L'Azienda ha redatto il Piano delle attività di Audit 2018, documento programmatico che descrive i principi, le procedure, la metodologia di lavoro della funzione *Internal Audit* nelle attività di controllo interno sui processi operativi aziendali.

Il Piano rappresenta l'applicazione di azioni concrete e misurabili, dirette a garantire *standard* organizzativi, contabili e procedurali con la finalità di assistere la Direzione strategica nella valutazione e adeguatezza del sistema dei controlli interni, nella garanzia di applicazione dei requisiti minimi definiti dalla normativa, nella verifica della conformità dei comportamenti alle procedure operative definite e nella identificazione e valutazione delle aree operative maggiormente esposte a rischi.

La definizione del documento avviene nell'ambito del Piano Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) di questa Azienda e coerentemente al formalizzato cronoprogramma.

Il Piano è stato deliberato dal Direttore Generale e redatto in forma scritta anche in relazione ai contenuti del rapporto di audit relativo all'esercizio precedente a cura della funzione Internal Audit.

La natura delle attività suggerisce, in ottica sistemica, una significativa interazione con l'area Anticorruzione e Trasparenza di questa Azienda che trova concretizzazione nella definizione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2018-2020 e 2019/2021. Trova altresì coerenza con le verifiche sui dati contabili e gestionali che riguardano:

- analisi dei principi contabili adottati dall'Azienda e confronto con il quadro normativo di riferimento regionale e con il quadro evolutivo di riferimento nazionale;
- controlli incrociati tra bilancio di esercizio, risultanze della contabilità generale (bilancio di verifica) e risultanze delle contabilità sezionali (magazzini, ordini, cespiti, personale, partitario fornitori, etc.).

Il Piano delle attività di audit 2018 è stato dunque predisposto tenendo conto delle seguenti finalità:

- favorire lo sviluppo di valori e principi etici all'interno dell'Azienda;
- perseguire l'efficace gestione dell'organizzazione amministrativo-contabile;
- valutare la significatività dei rischi accertandone l'adeguata comprensione e l'appropriata gestione;
- coordinare lo scambio di informazioni tra la Direzione strategica e gli attori aziendali coinvolti;
- facilitare il processo di miglioramento continuo dell'organizzazione.

Al fine di addivenire ad una efficace pianificazione delle attività, la funzione *Internal Audit* ha ritenuto, nel corso dell'esercizio 2018, di estendere il perimetro di intervento alla verifica dei processi e delle procedure aziendali relativi alle aree P.A.C. definite al 30 ottobre 2017 (Area Crediti e Ricavi, Area Debiti e Costi, Area Disponibilità Liquide) anche al fine di dare compiutezza al Percorso Attuativo di Certificabilità.

Il controllo interno disposto dalla funzione *Internal Audit* ha esaminato i processi amministrativo-contabili e gestionali, nonché ha fornito un supporto alla Direzione Strategica per un costante miglioramento di gestione e a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento delle loro responsabilità.

Le attività sono state dirette alla implementazione e alla verifica formale delle azioni concrete e misurabili a cura della funzione *Internal Audit* al fine di garantire elevati standard organizzativi, contabili e procedurali, indispensabili alla certificazione esterna dei dati e del bilancio aziendale. Verranno altresì intraprese le attività finalizzate a rispondere alle procedure di verifica contabile sulle macrovoci di bilancio in termini di analisi della documentazione di supporto atta a corroborare la conformità delle registrazioni contabili esperite in termini di asserzioni caratteristiche delle singole poste.

Le suddette attività sono state svolte coerentemente alle disposizioni regionali in materia (nota prot. 45442/2018) che prevedono, tra l'altro, l'attuazione di verifiche di gestione e controllo sulle procedure aziendali unitamente alla rendicontazione semestrale delle attività quale conseguenza dell'esito delle procedure di audit.

Gli eventuali scostamenti rispetto al presente Piano saranno comunque giustificati in fase di emissione del rapporto di *audit* annuale quale conseguenza delle attività svolte.

Sulla base dei rischi individuati, nella pagina che segue, lo svolgimento delle attività di *audit* per il 2018.

Piano di audit 2018 - Dettaglio

Area	Descrizione	Modalità	Data
<u>Anticorruzione e Trasparenza</u>	Archiviazione leggi e regolamenti	Verifica sul sito istituzionale	06/2018 12/2018
<u>Controllo di Gestione</u>	Contabilità analitica e reporting aziendale	Verifica documentale	06/2018 12/2018
<u>Sistemi informativi</u>	Integrazione SW e progetti di sviluppo	Colloqui con i responsabili di struttura	06/2018 12/2018
<u>Piano Investimenti</u>	Processo di programmazione investimenti	Verifica documentale	06/2018 12/2018
<u>Ricognizione cespiti</u>	Inventario fisico periodico cespiti	Colloqui con i responsabili di struttura	06/2018 12/2018
<u>Inventariazione beni</u>	Inventario periodico beni sanitari	Verifica documentale	06/2018 12/2018
<u>Magazzino</u>	Procedura relativa a carichi e scarichi	Verifica sul sistema ausiliario aziendale	06/2018 12/2018
<u>Rimanenze</u>	Raccordo Co.Ge. vs contabilità sezionale	Verifica documentale	06/2018 12/2018
<u>Patrimonio Netto</u>	Processo autorizzativo operazioni su PN	Verifica documentale	06/2018 12/2018
<u>Revisione Contabile</u>	Procedure di verifica su cespiti e rimanenze	Verifica documentale	06/2018 12/2018
<u>Beni e Servizi</u>	Procedure di approvvigionamento	Colloqui con i responsabili di struttura	06/2018 12/2018
<u>Personale Dipendente</u>	Raccordo Co.Ge. vs contabilità sezionale	Verifica documentale	06/2018 12/2018
<u>Debiti e Costi</u>	Procedure di monitoraggio debiti	Verifica documentale	06/2018 12/2018
<u>Crediti e Ricavi</u>	Procedure di monitoraggio crediti	Verifica documentale	06/2018 12/2018
<u>Servizio di Tesoreria</u>	Gestione incassi e pagamenti	Verifica documentale	06/2018 12/2018
<u>Disponibilità Liquide</u>	Procedure di verifica su operazioni di tesoreria	Verifica sul sistema ausiliario aziendale	06/2018 12/2018

Il Piano annuale delle attività di audit è stato predisposto di regola a cura della funzione Internal Audit entro i primi sei mesi dell'esercizio in esame anche in relazione ai contenuti del rapporto di audit relativo all'esercizio precedente. È sottoposto alla Direzione Generale per l'approvazione, sentiti i responsabili delle strutture aziendali interessate.

La programmazione operativa dell'intervento è avvenuta a seguito di comunicazione preventiva alla struttura interessata a cura della funzione Internal Audit anche al fine di definirne l'ambito e il calendario dei lavori.

La conduzione dell'audit è stata esplicata con tecniche e strumenti differenti che potranno essere usati insieme o alternativamente a seconda dell'obiettivo e del grado di affidabilità dei risultati.

L'attività svolta dalla funzione Internal Audit è improntata ai principi di indipendenza, obiettività, riservatezza e competenza. Dovrà essere svolta nel rispetto e secondo i limiti previsti dalle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

Qualora nel corso delle attività di audit dovessero emergere fatti che possano dar luogo a responsabilità per danni causati alla finanza pubblica, il coordinatore della funzione Internal Audit provvederà ad inoltrare al Direttore Generale una relazione dalla quale si evincano tutti gli elementi raccolti per la determinazione del danno e l'accertamento delle responsabilità e dell'obbligo di denuncia alla Procura Regionale presso la Corte dei Conti.

L'obbligo di denuncia sussiste qualora il danno sia concreto e attuale.

Nel caso di potenzialità lesiva, il coordinatore della funzione Internal Audit provvederà invero ad informare il Direttore Generale dell'obbligo di operare affinché il danno sia evitato e nel caso si verifichi, dell'obbligo di denuncia del fatto alla Procura erariale.

Il lavoro è stato preceduto da un'attività di assessment sia regolamentare (contesto organizzativo e procedure formalmente in essere) sia attraverso la verifica dei processi operativi così come concretamente svolti, con le connesse attività di analisi sui sistemi informativi e la capacità dei medesimi di supportare efficacemente i processi aziendali, anche da un punto di vista del Sistema di Controllo Interno.

Le ragioni del persistere di alcune determinate criticità hanno invero suggerito l'opportunità di portare a compimento azioni di miglioramento nell'ambito di un complessivo piano di adeguamento aziendale.

In tal senso, le principali criticità e conseguenti azioni correttive rilevate in sede di audit hanno riguardato le macroaree di intervento relative ai sistemi informativi aziendali e all'inventariazione dei cespiti.

L'Azienda ha così avviato l'implementazione di un sistema informativo per rilevazione, elaborazione e rappresentazione dei dati contabili che risulti adeguatamente integrato con tutte le funzioni aziendali. L'assessment dei sistemi informativi ha consentito l'individuazione di aree di miglioramento aziendale con particolare riferimento al ciclo cespiti e al ciclo magazzino anche attraverso l'analisi dei processi e la verifica dell'architettura dei controlli previsti a ciascun livello di responsabilità organizzativa.

Alla luce delle **aree esaminate**, il RPCT ha redatto le seguenti tabelle contenenti le aree e i processi, con relativo rischio corruttivo e misure di contrasto, da attuare nel 2018, cui seguono ulteriori considerazioni sulle aree di rischio, generali e specifiche.

SETTORE RISORSE UMANE

Area di attività	Processo	Rischio	Misure di contrasto e responsabilità	
Reclutamento di personale	Gestione carriere	Imparzialità della procedura volta a favorire uno o più soggetti > BASSO	Verifica del rispetto degli obblighi di pubblicazione sul sito web aziendale	RPCT
Progressioni di carriera	Procedure concorsuali e selettive			
Conferimento di incarichi di collaborazione	Procedure comparative di mobilità diretta tra amministrazioni Pubbliche		Controllo a campione del possesso effettivo di tutti i requisiti richiesti e dichiarati dai candidati	Ufficio Personale
Conferimento incarichi dirigenziali di struttura complessa	Valutazione del Personale			
	Calcolo e pagamenti stipendi		Corretta descrizione del fabbisogno	Ufficio Personale

SETTORE TECNICO

Area di attività	Processo	Rischio	Misure di contrasto e responsabilità	
Affidamento di lavori, servizi e forniture	Predisposizione capitolati d'appalto	Assegnazione in violazione del principio di libera competizione e di ricerca delle migliori condizioni di qualità/prezzo al fine di favorire un fornitore > MEDIO	Rotazione dei dipendenti tecnici incaricati	Dirigente Settore Tecnico
	Gestione procedure di gara Acquisti in economia Nomina Commissione Giudicatrice Gestione dei Contratti Verifica di legittimità, di regolarità, di possesso di requisiti Affidamento incarichi di progettazione e/o collaudo		Svolgimento di seduta pubblica	
		Assegnazione in violazione degli obblighi di cui all'art. 26 del d.lgs. n. 81/2008 (idoneità tecnico-professionale, regolarità contributiva, rischi specifici, coordinamento e cooperazione e DUVRI) al fine di favorire un fornitore > MEDIO	Raccolta delle dichiarazioni di conflitto di interesse	RPCT
Liquidazione, ordinazione e pagamento	Verifica della corretta esecuzione	Mancata rilevazione di difformità e vizi dell'opera in cambio di vantaggi economici > BASSO	Pubblicità degli atti di liquidazione	RPCT

SETTORE SANITARIO

Area di attività	Processo	Rischio	Misure di contrasto e responsabilità	
Assistenza Sanitaria	Formazione della lista di attesa per l'accesso alla prestazione	Distorsione della lista d'attesa attraverso l'artificioso ricorso ai codici di urgenza > MEDIO	Verifica della pubblicazione delle liste d'attesa nella rispettiva sezione del sito web aziendale	Funzionario addetto alla Comunicazione Istituzionale
	Gestione della lista di attesa per l'accesso alla prestazione	Alterazione della lista d'attesa attraverso il mancato rispetto delle priorità > BASSO	Verifica sui volumi di attività libero-professionale erogata e sui tempi di attesa delle prestazioni	Funzionario addetto alla gestione A.L.P.I.
	Espletamento di attività libero-professionale intramuraria	Utilizzo improprio dell'attività libero-professionale in luogo di quella istituzionale > MEDIO		
	Documentazione sanitaria	Alterazione della cartella clinica per acquisire vantaggi personali > BASSO	Controllo a campione delle cartelle cliniche	Dirigente medico di Direzione Sanitaria

SETTORE ECONOMICO-FINANZIARIO E PATRIMONIALE

Area di attività	Processo	Rischio	Misure di contrasto e responsabilità	
Gestione delle fatture	Pagamenti di beni e servizi	Pagamenti non autorizzati al fine di favorire soggetti estranei > BASSO	Applicazione Percorsi Attuativi di Certificabilità	
	Verifiche DURC	Tendenza a favorire un fornitore con pagamenti anticipati > BASSO Tendenza a favorire un fornitore attraverso la mancata verifica della regolarità DURC > BASSO		
Gestione dei patrimonio	Acquisizioni, alienazioni, variazioni patrimoniali	Inadeguata pubblicità dei bandi e conseguente pregiudizio della concorrenzialità > BASSO	Audit a campione sulle aggiudicazioni adottate	Dirigente Settore interessato

SETTORE PROVVEDITORATO

Area di attività	Processo	Rischio	Misure di contrasto e responsabilità	
Gestione procedure di gara	Predisposizione documentazione di gara, indizione procedura e svolgimento gara	Elevata discrezionalità nella definizione dei criteri e nell'attribuzione dei punteggi > MEDIO	Corretta formulazione e pubblicazione della delibera a contrarre	Responsabile del Settore
	Predisposizione provvedimento di affidamento e stipula Omissione o alterazione delle verifiche in capo all'aggiudicatario	Abuso della procedura negoziata al fine di favorire una o più imprese > BASSO Individuazione discrezionale degli operatori economici da consultare > BASSO	Rispetto degli obblighi di trasparenza	Responsabile del Settore
Acquisizioni di beni e servizi	Acquisizione di prodotti infungibili	Abuso della classificazione di prodotto infungibile al fine di favorire un fornitore > MEDIO	Applicazione delle Linee guida ANAC n. 8 "Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili" Dichiarazione di infungibilità del professionista competente	Responsabile del Settore
	Acquisti in economia	Abuso dello strumento dell'acquisto in economia al fine di favorire un fornitore > BASSO	Rispetto delle norme generali e del regolamento aziendale	Relazione del Responsabile del Settore

8 Misure previste e attuate

8.1 Formazione

Come presupposto è opportuno ricordare che nel Piano anticorruzione 2017-2019, al fine di valorizzare il ruolo strategico della formazione, la Direzione apicale di questa Azienda Ospedaliera, con deliberazione n. 3002 del 29/11/2016, nell'ambito dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (P.A.C.), aveva approvato il "Piano Formativo aziendale in materia di controlli di legalità e trasparenza" redatto in ossequio alla normativa vigente in materia di anticorruzione. Il Piano Formativo nasce nell'ambito del più ampio Piano Annuale di Formazione ed Aggiornamento Professionale del Personale dell'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro per l'anno 2016, istituito formalmente con deliberazione aziendale n. 584 del 9 marzo 2016.

Il documento costituisce, dunque, esplicitazione dei principi generali già definiti e formalmente adottati da questa Azienda attraverso l'individuazione di un percorso formativo dedicato al personale interno all'Azienda che sia frutto al contempo della lettura critica delle novità introdotte dalla recente normativa in materia di controlli, legalità e trasparenza.

Per completezza di informazione si sottolinea che l'Ufficio Formazione e aggiornamento professionale di questa Azienda, in ottemperanza alle recenti disposizioni in materia di accreditamento nel 2018 ha predisposto per la Dirigenza Medica ed infermieristica il Piano formativo trasmesso all'Agenas.

In tema di formazione occorre rilevare che la R.P.C.T. che ha partecipato a Roma alla prima edizione del: "Corso di formazione per i Responsabili della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale", organizzato dall'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), ampiamente descritto nel Piano Anticorruzione 2018/2020. Questo percorso formativo ha innestato un circolo virtuoso tra i partecipanti e l'Agenas.

Nella sede della suddetta Agenzia nel corso del 2018 si sono svolti due incontri, ai quali hanno partecipato i RPCT che avevano preso parte al corso. Il primo incontro si è svolto il 23 maggio 2018, durante il quale si è costituito un tavolo tecnico per la stesura del "Regolamento per l'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti, c.d. Whistleblowing, dei soggetti terzi non dipendenti e degli anonimi, che segnalano gli illeciti e le irregolarità". Il secondo incontro si è svolto il 9 novembre 2018, alla presenza dell'avvocato Angelita Caruocciolo, esperta incaricata da Agenas in materia di anticorruzione e appalti, a seguito del quale è stato richiesto che i RPCT potessero incontrarsi con cadenza periodica al fine di approfondire le tematiche dell'anticorruzione e della trasparenza.

La Responsabile dell'Anticorruzione ha partecipato il 24 maggio 2018 alla: "4° Giornata Nazionale di Incontro con i Responsabili di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza", prendendo parte al seminario: "Obblighi di pubblicazione e FOIA" che si è svolto a Roma, nella sede della Banca di Italia.

IL RPCT ha altresì partecipato il 6 dicembre 2018 nella Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa al progetto formativo aziendale intitolato: "La trasparenza negli enti del servizio sanitario nazionale e la disciplina del conflitto di interessi del personale medico sanitario" del quale è stato relatore dott. Stefano Toschei Consigliere di Stato.

Occorre sottolineare che in Sicilia i R.P.C.T. da circa un biennio si incontrano periodicamente per confrontarsi sulle tematiche dei PNA lo scambio di opinioni e il confronto hanno generato un

circolo virtuoso di supporto reciproco. Gli incontri avvengono di solito con cadenza trimestrale nella sede della “Azienda Ospedaliero Policlinico Vittorio Emanuele di Catania”, generalmente partecipano agli incontri i rappresentanti della Sicilia Orientale e di Enna, mentre le aziende Palermitane e di Trapani si collegano in videoconferenza.

Altra iniziativa in tema di formazione, specificamente attinente al D. Lgs. n. 50/2016 e più ampiamente alla tematica degli appalti, è stata organizzata da questa Azienda Ospedaliera, il 22 giugno 2018, in sinergia con il FARE (Federazione delle Associazioni Regionali degli Economisti e Provveditori in Sanità) con l'ARESP, (Associazione Regionale Economisti Provveditori Siciliani) sul tema: “La gestione della sicurezza del patrimonio e degli operatori nelle strutture sanitarie”; hanno partecipato, insieme con il RPCT, numerosi dipendenti e operatori di questa Azienda.

La sottoscritta ha poi preso parte, il 5 ottobre 2018, alla Giornata della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione, con particolare approfondimento del tema “Etica pubblica e anticorruzione nella realtà delle Amministrazioni Locali: profili giuridici e problematiche gestionali”; laddove particolare risalto hanno avuto le relazioni del dott. Bruno Di Marco, già presidente del Tribunale di Catania, e della prof.ssa Elisa D'Alterio, docente associato di Diritto Amministrativo presso il corso di laurea in Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Catania.

Il RPCT ha preso parte nella sede del Policlinico Universitario di Catania (14 maggio 2018) all'evento intitolato: “Politiche, strategie, strumenti per prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione nel settore sanitario e nella pubblica amministrazione”.

Infine, il 19 dicembre il RPCT ha partecipato, nella sede dell'Assessorato regionale della Salute e alla presenza dell'assessore Ruggero Razza, ai sensi della convenzione con Agenas – linea progettuale anticorruzione – alla giornata di studio in materia.

Per quel che attiene alla formazione anche di altro personale, considerato il doppio avvicendamento al vertice dell'Azienda, e alla luce delle varie occasioni formative sopra elencate, si è ritenuto di rinviare al 2019 i due incontri ipotizzati in sede di PTPC 2018-2020 dal titolo “Codice etico Comportamentale e conflitto di interesse” e “Piano triennale per la prevenzione della Corruzione e analisi del Rischio”.

Il funzionario addetto alla Trasparenza e titolare del potere sostitutivo del RPCT ha aderito all'iniziativa di formazione “Anticorruzione Channel” di Maggioli spa, frequentando, con altri due amministrativi, i due corsi del 7 novembre e del 5 dicembre sui seguenti temi.

- 7 novembre: Accesso civico, redazione atti, tutela dei dati personali: misure specifiche per il corretto trattamento - Le novità introdotte dal Decreto Legislativo n. 101/2018. Con l'entrata in vigore del Regolamento UE 679/2016 la disciplina sull'accesso documentale/civico e la redazione degli atti da pubblicare on line deve essere adeguata ai principi comunitari in materia di tutela dei dati personali. Le misure di prevenzione della corruzione, il Decreto Legislativo n. 33/2013, il Regolamento UE 679/2016 (con la disciplina di adeguamento del Decreto Legislativo n. 101/2018), comportano l'adozione di misure specifiche per il corretto trattamento dei dati, implementando la mappatura dei procedimenti e dei processi con il registro delle attività di trattamenti. La videoconferenza affronta la connessione tra trasparenza e tutela dei dati personali, nell'ambito di un quadro giuridico da tenere in considerazione per prossima stesura del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

- 5 dicembre: Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2018. In continuità con i precedenti PNA l'aggiornamento 2018 affronta i temi generali della prevenzione della corruzione, in relazione anche all'esperienza acquisita, fornendo indicazioni e indirizzi che coinvolgono tutti i soggetti tenuti

all'applicazione, a livello territoriale, del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

8.2 Codice etico-comportamentale

Si prende atto che nella Approvazione definitiva dell'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione, l'ANAC richiama le pubbliche amministrazioni a dotarsi di un proprio Codice di comportamento, ricordando che nel Regolamento sull'esercizio dei poteri sanzionatori approvato nel settembre 2014 viene stabilito che la pedissequa riproduzione del Codice Generale contenuto nel D.P.R. 62/2013, corrisponderebbe alla mancata adozione.

L'Autorità anticorruzione dopo aver constatato che i Codici di amministrazione di prima generazione nella stragrande maggioranza dei casi riproducevano il codice nazionale, e partendo dal presupposto che lo scopo dei singoli codici di comportamento è ridurre il rischio corruttivo e stabilire regole di comportamento di lunga durata, intende, attraverso una seconda generazione di codici, “promuovere l'adozione di nuove linee guida in materia tanto di carattere generale che di carattere settoriale”.

L'ANAC dopo aver sottolineato che le Amministrazioni potranno adottare il PTPC 2019-2021 non preoccupandosi di aggiornare il Codice di Comportamento, raccomanda nello stesso documento al RPCT di affiancare al lavoro relativo alla individuazione delle misure di prevenzione della corruzione attraverso una riflessione relativa alle ricadute che tali misure avranno in termini di doveri di comportamento, in modo tale da disporre di materiali di studio di approfondimento che si riveleranno utilissimi in sede di proposizione del Codice. In particolare è opportuno chiedersi se i doveri del codice nazionale o del codice dell'Amministrazione, siano sufficienti per garantire le misure proposte o se sia necessario individuare ulteriori doveri da assegnare a determinati uffici (o categorie di uffici) o a determinati dipendenti (o categorie di dipendenti).

Il disegno dell'ANAC mira sostanziale ad individuare non soltanto linee guida di carattere generale o settoriale che saranno adottate a carattere nazionale ma a far sì che ogni amministrazione abbia una mappatura dei propri doveri.

Questa Azienda in merito propone quanto segue.

Questa amministrazione rileva una lieve discrepanza tra le norme contenute nei codici di comportamento e quelle dei contratti collettivi nazionali. Sarebbe opportuno trovare pertanto una univocità di disposizioni in entrambi le fonti.

Partendo dal presupposto che l'ANAC detterà linee guida: “per settore o tipologia di amministrazione” il RPCT propone di inserire nel codice di condotta della sanità:

Il dovere per il medico e gli operatori sanitari di adeguare la comunicazione relativa allo stato di malattia al profilo socio culturale del paziente

Per quanto concerne il codice attualmente in vigore nella Azienda Ospedaliera Cannizzaro, esso si sostanzia in un unico documento che ha coniugato le finalità del Codice Etico e quelle del Codice di Comportamento. Tale soluzione ha consentito di superare le difficoltà riscontrate nell'applicazione di due distinti strumenti normativi alle diverse componenti dell'organizzazione sanitaria.

Il Codice rappresenta l'applicazione della disciplina tracciata dall'ordinamento giuridico italiano in materia di buon andamento della Pubblica Amministrazione e di prevenzione della corruzione

poiché le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento degli operatori, indirizzando l'azione sanitaria ed amministrativa dell'Azienda.

Il Codice è stato definito in ossequio alle “Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN” approvate dall'ANAC con delibera n. 358 del 29 marzo 2017, quale esito del Tavolo tecnico congiunto ANAC – Ministero della Salute – Agenas sul tema “Conflitto di interesse e Codici di comportamento” costituito in data 16 dicembre 2015 a seguito del Protocollo d'intesa stipulato in data 5 novembre 2014 fra ANAC ed Agenas.

Il Codice Etico-Comportamentale integra, ai sensi dell'art. 54, comma 5 del D.L.vo n. 165/2001 e s.i.m., le previsioni del Codice Generale di comportamento dei dipendenti pubblici contenute al DPR n. 62/2013 ai cui contenuti si fa integrale rinvio, in quanto interamente applicabili e cogenti per tutto il personale dell'Azienda.

All'atto della immissione in servizio dei dipendenti a tempo determinato che indeterminato, viene consegnato a ciascuno una copia del codice e contestualmente viene fatta firmare una dichiarazione di incompatibilità

Il Codice Etico-Comportamentale viene allegato al Piano Triennale anticorruzione 2019/2021

8.3 Rotazione degli incarichi

Nella approvazione definitiva dell'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con delibera n. 1074 del 21 novembre 2018, l'Anac puntualizza che la rotazione è una delle misure previste dalla legge 190/2012, negli articoli (art.1, comma 4 lett.e), comma 5, lett.b), comma 10 lett. b) (rotazione ordinaria), e viene ampiamente illustrata nel paragrafo 7.2 dell'aggiornamento al PNA 2016.

L'ANAC in particolare nel recente aggiornamento intende soffermarsi su questa misura atta a limitare i fenomeni di: “mala gestio e corruzione”. L'Autorità aveva già evidenziato che la rotazione, pur presentando criticità attuativa, deve realizzarsi per quanto riguarda la rotazione cosiddetta “straordinaria” che deve applicarsi nel caso di eventi corruttivi, così come previsto nel d.lgs n. 165 del 30 marzo 2001 art. 16 comma 1, lett.l-quater.

A tale proposito si evidenzia che a seguito di procedimento penale per eventi corruttivi, è stato avviato nei confronti di tre dipendenti nel maggio 2010, procedimento disciplinare, che è stato sospeso e riavviato nel 2018 a seguito di sentenza della Corte di Cassazione. In questo caso è stata applicata la rotazione straordinaria nei confronti dei dipendenti coinvolti.

Questa Amministrazione riconosce che la rotazione rappresenta strumento essenziale nell'ambito della strategia per la prevenzione della corruzione. Tale misura organizzativa è finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che alimentano dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

La ratio della norma si fonda sul presupposto che l'alternanza possa ridurre il rischio derivato dal fatto che i dipendenti pubblici, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività e instaurando relazioni frequenti con gli stessi utenti, possano essere sottoposti a pressioni esterne. D'altra parte, si può condividere il punto di vista secondo il quale la rotazione rappresenta un criterio organizzativo che contribuisce alla formazione dei dipendenti accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore.

E' nello spirito della normativa adottare misure di rotazione che siano compatibili con eventuali diritti di dipendenti interessati, altro criterio è quello di non affidare incarichi a soggetti privi delle

competenze necessarie, questo tipo di scelta trova specifica configurazione nell'area tecnica Amministrativa delineata nella sezione Sanità del Piano Nazionale Anticorruzione 2016.

Nella richiamata sezione, viene messo in evidenza che tra i condizionamenti all'applicazione alla rotazione vi possa essere quello della infungibilità derivante dalla appartenenza a professionalità specifiche, in particolar modo recita testualmente il Piano: "le posizioni apicali di Direttore di UOC, le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di una azienda sanitaria".

Il Piano suggerisce di adottare una visione prospettica scegliendo una pianificazione pluriennale delle esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze ed ancora si suggerisce di far ruotare il personale non dirigenziale preposto ad attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione.

Questa Azienda Ospedaliera, in ottemperanza alle disposizioni legislative in materia, traccia nel presente P.T.P.C. i criteri della rotazione, nella consapevolezza soprattutto nell'area amministrativa della esiguità delle risorse umane e della infungibilità di determinate figure dirigenziali.

Si prende atto che, nel corso del 2018, sono stati sottoposti a rotazione come misura di prevenzione del rischio come emerge dai dati trasmessi dal Settore del Personale: 1 dirigente medico, 57 infermieri, 3 tecnici di radiologia medica, 2 operatori tecnici, 2 ausiliario specializzato, 1 dirigente amministrativo, 1 collaboratore amministrativo, 1 assistente amministrativi, 3 coadiutori amministrativi.

Si era stabilito nel precedente Piano, di concerto con la direzione strategica, che sarebbero stati sottoposti a rotazione i funzionari che provvedono alla liquidazione delle fatture, con periodicità biennale. In effetti durante l'anno 2018 è stato adibito ad altre mansioni un coadiutore amministrativo che provvedeva alla liquidazione delle fatture.

Si prende atto questa Azienda con deliberazione n. 1486 del 17 maggio 2017 ha approvato il "Regolamento recante norme per la ripartizione dell'incentivo di cui all'art. 113 del D.Lgs 50/2016 negli appalti e concessioni di forniture, servizi, lavori e opere".

E' stato monitorato, nell'anno 2018 attraverso l'Ufficio trattamento economico, l'insieme delle competenze liquidate a titolo di compenso commissioni tecniche ai dipendenti del settore provveditorato e tecnico. Si ritiene opportuno suggerire ai responsabili del settore Tecnico, alla luce dei risultati del report, di applicare la rotazione nelle commissioni di gara, anche attraverso sorteggio.

E' nello spirito della normativa adottare misure di rotazione che siano compatibili con eventuali diritti di dipendenti interessati, altro criterio è quello di non affidare incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie, questo tipo di scelta trova specifica configurazione nell'area tecnica Amministrativa delineata nella sezione Sanità del Piano Nazionale Anticorruzione 2016.

Nella richiamata sezione, viene messo in evidenza che tra i condizionamenti all'applicazione alla rotazione vi possa essere quello della infungibilità derivante dalla appartenenza a professionalità specifiche, in particolar modo recita testualmente il Piano: "le posizioni apicali di Direttore di UOC, le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di una azienda sanitaria".

Il Piano suggerisce di adottare una visione prospettica scegliendo una pianificazione pluriennale delle esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze ed ancora si suggerisce di far ruotare il personale non dirigenziale preposto ad attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione.

8.4 Trasparenza e accesso civico

Nell'ambito della disciplina della trasparenza della Pubblica Amministrazione, questa Azienda ha adeguato la sezione "Amministrazione Trasparente" alle previsioni del D. Lgs. 97/2016, c.d. "FOIA – Freedom of Information Act", che aggiorna gli obblighi della Pubblica Amministrazione in materia di trasparenza, così come disciplinati dal D. Lgs. 33/2013.

L'introduzione della nuova normativa comporta la necessità di modificare le modalità di esposizione di parte dei contenuti della sezione Amministrazione Trasparente adeguandole alle previsioni del suddetto Decreto e coerentemente con le buone pratiche in materia di Open data (la possibilità di rendere utilizzabili in maniera automatizzata i dati esposti). Al fine di ottemperare alle disposizioni citate, questa Amministrazione ha acquisito un'applicazione web based utile alla pubblicazione di tutti i contenuti soggetti all'obbligo della Amministrazione Trasparente (D. Lgs. 33/2013) nella forma richiesta dalle ultime normative (D. Lgs. 97/2016). Peraltro, la soluzione innova la modalità di gestione dei Bandi di Concorso dando la possibilità, diversamente da quanto in uso oggi in questa Amministrazione, di gestire il ciclo di vita del bando in maniera automatica dalla sua creazione fino all'espletamento. La soluzione, commercializzata in modalità di licenza d'uso a canone annuale, non richiede l'attivazione di alcun nuovo servizio infrastrutturale o di connettività e si integra immediatamente al sito web aziendale.

Come già pubblicato nel precedente PTPC, con delibera n. 1795 del 12/7/2013, Responsabile della Trasparenza è stata individuata la dott.ssa Mirella Cannada. Attraverso la deliberazione n. 390/CS del 27/01/2015: "Sostituzione ai sensi del D.Lgs n.33/2013", è stato individuato il titolare del potere sostitutivo del responsabile della trasparenza. Il potere sostitutivo in caso di ritardo, o di mancata risposta da parte del Responsabile della Trasparenza, è previsto in capo al dott. Orazio Vecchio.

Nel corso del 2018, l'Azienda ha tenuto aggiornato il sito web aziendale, attraverso la supervisione del responsabile della Comunicazione. In questo modo, attraverso la pubblicazione sul sito aziendale dei dati, si offre la possibilità ai portatori di interesse (stakeholders) di conoscere sia le azioni sia i comportamenti strategici che l'amministrazione intende adottare.

Con deliberazione n. 3343 del 22/12/2016, l'Azienda ha adottato il "Regolamento aziendale per il diritto di accesso civico ai documenti amministrativi", ai sensi del D. Lgs. 97/2016.

I recenti dettati normativi hanno infatti ampliato il concetto di trasparenza, intesa come accessibilità totale ai dati e documenti della Pubblica Amministrazione. al fine di promuovere la partecipazione dei cittadini alla attività amministrativa.

In particolare, le disposizioni in materia introdotte nell'ordinamento giuridico italiano dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33: "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", sono state modificate ed integrate dal Decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97 che ha comportato profonde innovazioni alla disciplina dell'accesso civico modificando profondamente il contenuto della legge 241 che garantiva l'accesso fin dagli anni '90. Infatti possono essere richiesti atti ulteriori rispetto a quelli per i quali è previsto l'obbligo di pubblicazione.

Si afferma il principio che niente di ciò che è pubblico può essere sottratto alla conoscenza del cittadino, e ancora attraverso il controllo si realizza la trasparenza nella pubblica amministrazione che valuta come viene utilizzato il denaro pubblico. È fondamentale che i dati siano pubblicati confrontabili e valutabili, questa innovazione mira al coinvolgimento della comunità nel controllo delle scelte politiche ed amministrative. E' questo l'aspetto dell'open government, i cittadini possono elaborare i

dati delle pubbliche amministrazioni e confrontarli. Tale istituto viene disciplinato nel Capo I-Bis della predetta normativa “Diritto di accesso a dati e documenti”, articoli 5, 5- bis e 5-ter e rappresenta il diritto di chiunque, secondo un principio mutuato dal diritto anglosassone cosiddetto FOIA (Freedom of Information Act) di accedere a documenti e dati in possesso della Pubblica Amministrazione. È importante sottolineare che viene meno per il cittadino l’obbligo di motivazione nella richiesta, così come previsto dalla legge 241/90. Secondo questo istituto, inoltre, l’utente può richiedere anche ulteriori atti rispetto a quello per il quale è previsto l’obbligo di pubblicazione, nel rispetto di determinati limiti contemplati nella normativa. La finalità prevista dalla recente legislazione è quella di promuovere e diffondere forme di controllo sull’operato pubblico e sull’utilizzo di risorse.

L’Azienda, con deliberazione n. 3343 del 22/12/2016, ha approvato il: “Regolamento Aziendale per il diritto di accesso civico ai documenti amministrativi”, pubblicato nella stessa data dell’adozione dell’atto deliberativo sul sito Aziendale “Amministrazione Trasparente”, in Atti Generali, alla voce: “Atti Amministrativi generali”

Sinteticamente si riportano le parti essenziali del Regolamento adottato.

La richiesta di accesso civico verrà compilata dal richiedente con le proprie generalità e l’indicazione dell’indirizzo di posta elettronica, ai fini della risposta da parte dell’Azienda.

L’istanza non necessita di motivazione e può essere inviata, secondo le modalità previste dal recente Decreto Legislativo 26 agosto 2016 n.179 anche telematicamente oppure presentata al protocollo generale dell’Azienda o inviato a cura del Servizio Postale. La richiesta verrà assegnata al Dirigente competente per quella determinata materia. In questa fase l’Azienda, ai sensi dell’art. 5 comma 5 del D.Lgs. n. 97/2016, fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria, individua gli eventuali controinteressati e dà comunicazione agli stessi che entro il termine di 10 giorni possono presentare opposizione motivata. Il termine della conclusione del provvedimento, stabilito in trenta giorni, si interrompe, per dare la possibilità ai controinteressati di opporsi. Decorso tale termine l’Azienda provvede alla richiesta.

Il regolamento prevede i termini e le modalità entro i quali debba concludersi il procedimento e in caso di accoglimento della istanza sarà l’ufficio competente per materia trasmettere al cittadino i dati e i documenti richiesti.

Nel regolamento è stato previsto anche che nel caso in cui la richiesta concerne la pubblicazione obbligatoria di dati e documenti ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e del D.Lgs. n.97/2016, l’amministrazione provvede tempestivamente alla pubblicazione sul sito aziendale dando comunicazione e indicando il collegamento ipertestuale al richiedente.

Se l’amministrazione rifiuta o limita l’accesso la risposta fornita al cittadino deve essere motivata con riferimento ai casi previsti dalla normativa e indicati nel regolamento.

Vengono contemplati nel regolamento i limiti al diritto di accesso previsti nella normativa vigente per evitare un pregiudizio concreto sia degli interessi pubblici (sicurezza e l’ordine pubblico etc). Ancora vengono enucleati e disciplinati i casi in cui tale diritto viene rifiutato per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di degli interessi privati già garantiti dalla normativa. che disciplina anche le richieste di accesso attinenti alle procedure di gara, nel rispetto del D.Lgs. 50/2016.

Vengono disciplinati con particolare attenzione trattandosi di Azienda Ospedaliera, anche l’accesso ai dati supersensibili nel rispetto D.Lgs. 196/03

In particolar modo viene disciplinato anche l’accesso alle cartelle cliniche da parte di terzi.

Ad ulteriore precisazione si sottolinea che nell’ipotesi in cui la richiesta sia diretta a conoscere il contenuto di documenti concernenti dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (cd. dati

supersensibili) di terzi, l'accesso è consentito unicamente ex art. 60 del D.Lgs. 196/03 se la situazione giuridicamente rilevante che il richiedente intende far valere sia di rango almeno pari ai diritti del soggetto cui siano riferiti i dati di salute, ovvero consista in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale o inviolabile. Le richieste di accesso a documenti contenenti dati sensibili (dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche o l'adesione a partiti, associazioni od organizzazioni a carattere sindacale, politico, religioso o filosofico) o giudiziari (dati idonei a rivelare provvedimenti in materia di casellario giudiziale, di carichi pendenti, o la qualità di indagato o di imputato) riconducibili a soggetti diversi dal richiedente devono essere sempre formali e dettagliatamente motivate. Tali documenti sono accessibili solo nei limiti in cui la conoscenza degli stessi sia strettamente indispensabile per la tutela e la difesa degli interessi giuridici dell'istante, ferma restando l'eventuale procedura della notifica ai controinteressati.

Il richiedente, in tale caso, ha l'onere di comprovare il rango dell'interesse sotteso all'istanza e l'indispensabilità del documento richiesto al fine indicato. Il responsabile del procedimento dovrà valutare l'ammissibilità della richiesta, bilanciare gli interessi delle due parti ed applicare le procedure descritte.

La RPCT ritiene di dovere a breve integrare il Regolamento dell'accesso agli atti già adottato da questa Azienda inserendo il paragrafo concernente l'accesso agli atti ai sensi della l. 241/1990, considerando opportuno tale integrazione alla luce del regolamento recentemente pubblicato in materia dall'Anac, il quale costituisce un modello cui fare riferimento.

8.5 Conflitto di interessi: delibera ANAC 2017

Il conflitto di interessi e l'obbligo di astensione sono due fattispecie disciplinate dall'art. 1 comma 41 della legge 190/2012, nonché dagli artt. 6 e 7 del Codice di condotta dei dipendenti pubblici, e cioè D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62.

Su questo argomento è stato recentemente pubblicato un saggio a cura di Nerina Dirindin, Chiara Rivoiro e Luca De Fiore intitolato: "Conflitto di interesse e salute", nel testo citato viene riportata una definizione articolata di C.d.I. di Marco Bobbio studioso della materia:

"Una condizione nella quale il giudizio di un professionista della salute, riguardante un interesse primario- ovvero la salute di un paziente o la veridicità dei risultati della ricerca, tende ad essere influenzato da un interesse secondario, come il guadagno economico o un vantaggio personale".

Recentemente l'ANAC, nelle linee guida approvate con deliberazione n. 358 del 29 marzo 2017 in materia di Codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario nazionale, ha dettato misure atte a raccomandare alle Aziende la regolamentazione del conflitto di interessi.

Si prende atto, a tal proposito, della delibera n. 833 del 3 agosto 2016, richiamata nel PNA 2016, "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili", e al fine di esercitare la prevista attività di "vigilanza interna", con l'obiettivo di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente ritenute portatrici di conflitti di interessi, il RPCT si attiva a promuovere procedimenti di accertamento nel caso del conferimento di un incarico in contrasto delle disposizioni contenute nel d.lgs.n.39/2013.

In coerenza con la suddetta delibera, il RPCT fa propria l'attività ordinaria sulla verifica delle situazioni di inconferibilità e incompatibilità secondo le modalità indicate. Si fa presente che le Aziende

Ospedaliera, ai sensi della delibera dell'ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014, hanno l'obbligo di applicare le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi soltanto con riferimento alle figure apicali: Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, pertanto questa Azienda ha pubblicato sul sito Amministrazione trasparente, alla voce Personale, le dichiarazioni di inconferibilità e insussistenza delle cause di inconferibilità ai sensi del D.lgs 8 aprile 2013 n. 39 delle richiamate figure apicali che in questa Azienda Ospedaliera si sono insediate nel marzo 2015. Le predette figure apicali direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario hanno concluso il loro mandato. Attualmente l'Azienda è retta da un Commissario Straordinario nominato con D.A. n. 2493/2018 del 18/12/2018. La procedura per la nomina dei Direttori Generali è ancora in corso

E' opportuno valutare che questa amministrazione nel Codice di comportamento aziendale, adottato ad hoc, ha stabilito determinate regole al riguardo. In particolare è stato disposto che il dipendente ha l'obbligo di segnalare il verificarsi dell'eventuale conflitto.

Nel caso in cui il dipendente sia sollevato dall'incarico, l'attività relativa sarà affidata ad un altro dipendente; in mancanza di dipendenti idonei, il medesimo dirigente avocherà a sé ogni compito relativo a quel procedimento. Costituisce violazione dei doveri del pubblico dipendente la mancata presentazione della richiesta di astensione.

Inoltre, nel predetto codice di comportamento aziendale è stato stabilito che il dipendente, al momento della assegnazione all'ufficio e fatti salvi gli obblighi previsti da leggi e regolamenti, è tenuto ad informare per iscritto il dirigente dell'ufficio medesimo di eventuali rapporti diretti e indiretti dal primo intrattenuti a titolo di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, e che lo stesso dipendente abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni. In ogni caso, è obbligo del dipendente aggiornare le informazioni incidenti sugli interessi finanziari dell'Amministrazione e in conflitto con essa, e ciò all'atto dell'assegnazione all'ufficio e con cadenza almeno annuale.

Resta inteso che ove il conflitto riguardi i dirigenti apicali, la valutazione delle iniziative da assumere sono a carico del Responsabile della prevenzione della corruzione, e ciò in sintonia con quanto dispone il Piano Nazionale della Corruzione. Per quanto concerne l'astensione del dipendente, si dispone in concreto che sulla stessa debba decidere il responsabile dell'U.O., oppure dell'ufficio di appartenenza, con l'onere di provvedere ad organizzare un sistema di archiviazione dei casi di astensione.

L'art. 1 comma 9 lett. e) della legge 190/2012 stabilisce che le pubbliche amministrazioni sono tenute a "monitorare i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione, o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione". La norma comporta che al momento dell'insediamento della commissione di gara in materia di appalti o beni e servizi, i dirigenti del Settore tecnico e del Settore Provveditorato provvedano a far compilare ai componenti della Commissione di gara idonea dichiarazione attestante l'inesistenza di relazioni di parentela con i rappresentanti delle ditte partecipanti.

L'Azienda ha altresì approvato il "Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi di struttura complessa del ruolo sanitario", pubblicato sul sito aziendale, che in ottemperanza alle disposizioni del Decreto assessoriale n. 2274 del 24/12/2014 disciplina la materia in attuazione dell'art. 15, comma 7/bis del D.Lgs n. 502/1992 es.m.i., in esso viene definita ogni fase della procedura per il conferimento dell'incarico.

Si sottolinea infine che nell'ambito del suddetto regolamento nell'art.6 intitolato "Operazioni di sorteggio e nomina della commissione", al punto 4 è sancito: Concluse le suddette operazioni, l'Azienda provvede all'accertamento del possesso, da parte dei soggetti estratti, dei requisiti concernenti la sussistenza di cause di incompatibilità o di altre situazioni nelle quali potrebbe essere compromessa l'imparzialità del giudizio. Si richiamano, a tal fine, le disposizioni di cui agli articoli 51 del Codice di procedura civile, 35, c. 3 lett. e), 35 - bis, c.1 lett. a), del D.lgs. 165/2001 e s.m.i. nonché le disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013. All'atto dell'accettazione della nomina, l'interessato dovrà dichiarare di non trovarsi nelle condizioni di cui sopra e di non trovarsi in situazioni, attuali o potenziali, di conflitto di interessi rispetto allo svolgimento del proprio operato.

Per quanto riguarda l'obbligo di astensione, ferme restando le regole generali di cui all'art. 7 del D.P.R. 62/2013, che dispongono l'obbligo di astensione per attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di parenti e/o affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali si abbiano rapporti di frequentazione abituale, si dispone che sulla astensione del dipendente debba decidere il responsabile dell'U.O. o dell'ufficio di appartenenza, con l'onere di provvedere ad organizzare un sistema di archiviazione dei casi di astensione. Si dispone infine che sulla astensione del dipendente apicale dovrà decidere il Responsabile della prevenzione della Corruzione.

Ai sensi delle linee guida predisposte dall'ANAC, per l'adozione dei Codici di Comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, questa Azienda fa proprie le definizioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione sulle varie tipologie di conflitto come di seguito riportato:

Attuale: presente nel momento dell'azione o decisione del soggetto tenuto al rispetto del Codice

Potenziale: che potrà diventare attuale in un momento successivo

Apparente: che può essere percepito dall'esterno come tale

Diretto: che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice

Indiretto: che attiene a entità o individui diversi dal soggetto tenuto al rispetto del Codice ma allo stesso collegati

Tenuto conto delle tipologie delineate, in ossequio alle disposizioni dell'ANAC si stabilisce che l'Azienda:

- adotta procedure uniformi per la gestione del conflitto di interessi valide per tutte le unità operative, con particolare riferimento alle situazioni che potrebbero determinare l'obbligo di astensione previsto dall'art.7 del Regolamento;
- dispone che la comunicazione della situazione di conflitto potenziale o attuale da parte del dipendente avvenga tempestivamente e non oltre 10 giorni dal momento in cui il conflitto potenziale o attuale si è manifestato o in cui la variazione si è manifestata;
- si stabilisce che l'Amministrazione – nella figura del RPCT – vigili sul rispetto dei tempi di presentazione delle dichiarazioni e sulla effettiva adozione dei provvedimenti conseguenti.

Ogni dipendente è tenuto a:

- valutare le condizioni che possano determinare conflitto di interessi (es. relazioni personali che interferiscono con ruolo, orario di lavoro o risorse dell'Ente)
- prevenire ogni situazione che possa creare conflitto di interessi, astenendosi dal prendere decisioni o svolgere attività che possano configurarsi in tal senso (es. vantaggi futuri che compromettano l'obiettività).

Per sensibilizzare i medici in materia di conflitto di interessi, il RPCT in sinergia con l'Ufficio Controllo di Gestione hanno inserito "Nella procedura di negoziazione degli obiettivi dell'anno 2018" relativamente all'aggiornamento del portale della trasparenza il seguente adempimento: "La trasmissione al Responsabile Anticorruzione e trasparenza, entro il 30/04/2018 della dichiarazione di assenza di conflitto di interesse da parte del Direttore di Struttura complessa e del Responsabile di struttura semplice. La Scheda intitolata: "Comunicazione Interessi finanziari e Conflitto di Interesse" ha interessato n. 66. Direttori di UOC e Dirigenti di UOS.

E' stata programmata nell'anno 2019 una giornata di formazione sul: Codice Etico Comportamentale e conflitto di interesse, si rimanda al paragrafo della formazione.

8.6 Monitoraggio appalti di servizi e forniture

Nel paragrafo concernente il Collegio dei Sindaci era stato messo in rilievo che il Collegio dei sindaci nel corso del 2018 aveva fatto determinate rilevazioni concernenti in particolare **determinati appalti di servizi e forniture**, per cui si evidenzia: "la necessità di una progettazione esecutiva attenta e scrupolosa allo scopo di non ricorrere a perizia di variante che deve essere utilizzata per eventi straordinari, eccezionali e non prevedibili, soprattutto per non aggravare l'Ente di ulteriori costi, ai sensi del nuovo codice sugli appalti art.106 Dlgs 50/2016".

Il collegio dopo aver rilevato l'ingiustificato ricorso alla proroga contrattuale, prende atto che è stato necessario ricorrere a questo istituto, non per inerzia aziendale ma per espletare le procedure relative delle gare di bacino, pertanto il Collegio ha invitato l'Ente a rappresentare in sede di riunione del Comitato di Bacino Orientale, la necessità di procedere tempestivamente alle gare di bacino, in maniera da limitare l'uso della proroga tecnica esclusivamente e limitatamente nei casi previsti dal decreto Lgs n. 50/2016. Nessuna rilevazione significativa di natura contabile è emersa dalla lettura dei predetti atti.

A seguito dei rilievi posti dal Collegio dei Sindaci il RPCT di questa Azienda ha ritenuto di svolgere un audit con il Responsabile del Settore Tecnico in data 16/01/2019 in maniera da confrontarsi sui rilievi posti dal Collegio. Per quanto riguarda il ricorso alle varianti e suppletive il Responsabile del Settore Tecnico ha dichiarato che si è ricorso a questo istituto nelle fattispecie tassativamente indicate nell'articolo 106 del Decreto legislativo 50 del 2016, al fine di far fronte a situazioni improvvise e non prevedibili all'atto della progettazione e della stipula del contratto, in quanto trattasi di eventi verificatisi soltanto in corso d'opera, oppure per lavori di completamento, utilizzando il medesimo operatore economico, nell'ottica del contenimento della spesa economica, nonché della tempestività dell'azione amministrativa.

Nel corso del 2018 precisa il responsabile del Settore Tecnico abbiamo espletato gare mediante l'affidamento dei lavori sulla piattaforma MEPA.

Per determinate proroghe di servizi forniture (Gas medicali) le stesse si trovano nello stato di "proroga" non per volontà di questa Azienda, ma in quanto sono in corso di espletamento le correlate gare di bacino, bandite dalla ASP di Catania (per la fattispecie della fornitura di gas medicali,) giusta disposizione Assessorato alla Salute Reg. Sicilia nota n. 68515 del 9/9/2014 che ha sancito la non sovrapposibilità delle procedure in itinere laddove già indette.

Gli affidamenti mediante procedura negoziate di lavori (sotto soglia 150.000,00 euro) sono state effettuate mediante sorteggio, previo avviso pubblico sul sito web aziendale, di 20 ditte iscritte all'Albo Fornitori aziendali.

8.7 Attività ed incarichi extra-istituzionali

Con riferimento all'autorizzazione al dipendente a svolgere incarichi extra-istituzionali, si attua la normativa prevista e pertanto, allo stato, ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs n.165 del 30/03/2001, modificata dalla legge 190/2012, i dipendenti compilano e firmano una scheda prestampata con la quale richiedono all'Amministrazione l'autorizzazione preventiva per l'espletamento di incarico occasionale.

Gli incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti vengono pubblicati, ai sensi del d. lgs 33/2013, nell'apposita voce della sezione "Personale" in "Amministrazione Trasparente".

8.8 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)

L'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione approvato definitivamente con delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 contempla il paragrafo 9 dedicato al Pantouflage (Citiamo il dizionario Garzanti: "Il passaggio di alti funzionari statali a ditte private"). E' opportuno ricordare che la normativa in vigore prevede misure specifiche a contenere il rischio di situazioni di corruzione derivanti dall'impiego del dipendente successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro.

In particolare, l'art. 1 comma 42 lett. l) della legge n. 190/2012 ha introdotto il comma 16 –ter nell'ambito dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 stabilendo che "i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti".

L'Autorità anticorruzione mette in evidenza che il divieto di pantouflage alla luce della normativa predetta prevede le suindicate sanzioni previste dalla norma che ha lo scopo: "di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che durante il periodo di servizio potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è anche volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di una amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione)".

L'Anac ritiene che la norma presenti notevoli criticità, fra cui l'individuazione del "soggetto competente della violazione della sanzione previste dalla disciplina, attesa l'assenza di una espressa previsione in merito che rischia di pregiudicare la piena attuazione della disciplina".

L'aggiornamento al Piano richiama il parere del Consiglio di Stato, Sez. V, 11 gennaio 2018 n. 126 al quale si rimanda.

L'Autorità anticorruzione sul Pantouflage, - ai sensi dell'art. 1 comma 2 lett. e) della 190/2012 ha funzione consultiva - infatti può esprimere pareri facoltativi in materia di autorizzazione allo svolgimento di incarichi esterni da parte dei dirigenti amministrativi dello Stato e degli enti pubblici nazionali, ai sensi dell'art. 53 art. 1 co. 2 lett.e) es.m.i.

In materia di vigilanza l'Autorità svolge - come chiarito nell'Aggiornamento al Piano-, attività che si sostanzia su richiesta dei privati. E' opportuno ricordare che l'ANAC ritiene che spetti alle amministrazioni di appartenenza del dipendente cessato dal servizio adottare misure adeguate per verificare il rispetto delle disposizioni sul pantouflage da inserire nel PTCT.

Per quanto concerne l'ambito di applicazione l'ANAC sottolinea che il divieto di Pantouflage si applica sia ai dipendenti con contratto a tempo indeterminato sia ai dipendenti che hanno con la Pubblica Amministrazione un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo (a tal fine l'Autorità rimanda al parere espresso AG/2 del 4 febbraio 2015) e riguarda il divieto ai soggetti privati di assumere i dipendenti cessati dal servizio mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato, ma anche l'affidamento di incarico o consulenza.

I soggetti individuati dalla Autorità, nei confronti dei quali vige il divieto di pantouflage, sono principalmente coloro che all'interno della PA, occupano funzioni apicali, o ai quali sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'Ente che svolgono concretamente poteri autoritativi e negoziali, ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165, attraverso l'emanazione di provvedimenti giuridici ed economici dell'Ente. L'ANAC chiarisce che il divieto si applica anche a coloro i quali abbiano partecipato al provvedimento, costoro che "hanno inciso in maniera determinante alla decisione del provvedimento finale", sono coloro che hanno partecipato alla istruttoria attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali (pareri, perizie, certificazioni).

Senza ombra di dubbio il divieto di pantouflage si applica a coloro che esercitano potere gestionale amministratori.

Tra i provvedimenti autoritativi e negoziali si annoverano i contratti per l'acquisizione di beni e servizi, sia i provvedimenti che incidono unilateralmente sui privati producendo vantaggi o utilità (autorizzazioni, concessioni etc).

Per quanto concerne le sanzioni, l'Anac osserva che: "non sono chiaramente identificati l'organo o l'autorità competente a garantire l'esecuzione degli effetti sanzionatori". La violazione del divieto di pantouflage comporta: "sia la nullità dei contratti conclusi, sia la nullità degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati indicati nella norma". La norma prevede anche conseguenze per il privato al quale è preclusa la possibilità di stipulare contratti con la pubblica amministrazione. Le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di inserire nei bandi di gara la condizione che l'operatore economico non abbia attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione dell'art.53, co. 16 – ter del d.lgs 165/2001. Un'ulteriore sanzione stabilisce l'obbligo di restituire i compensi percepiti per lo svolgimento degli incarichi.

L'Autorità ha evidenziato "la lacuna normativa" che non individua l'organo deputato alla irrogazione della sanzione.

Questa Amministrazione facendo proprio il suggerimento contenuto nell'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione, incarica il Settore del Personale a far sottoscrivere un modulo, all'atto della cessazione del servizio ai Dirigenti o ai dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Ente, che vieti l'attività lavorativa presso soggetti privati ai sensi dall' art 53, co. 16-ter del d.lgs. n. 165 del 2001.

Il RPCT si impegna, secondo il dettame dell'ANAC a segnalare all'autorità, qualora ne abbia conoscenza la violazione del Pantouflage

Inoltre il Responsabile della prevenzione si impegna a controllare, se nei bandi di gara siano contenuti i dettami delle norme richiamate nel presente paragrafo in materia di pantouflage e se riterrà opportuno alla luce della verifica a campione ricorderà ai Responsabili del Settore Tecnico e Provveditorato di inserire nei bandi le direttive suddette.

8.9 Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Preliminarmente, conviene sottolineare la differenza fra «incompatibilità» e «inconferibilità». Con la prima, infatti (disciplinata nei Capi V e VI del d.lgs. n. 39.), si fa riferimento all'obbligo, in capo al soggetto cui viene conferito l'incarico, di scegliere, a pena di decadenza, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La causa di incompatibilità può, quindi, essere rimossa, a differenza del caso di inconferibilità, mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi incompatibili.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il responsabile della prevenzione deve effettuare una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19 d.lgs. n. 39).

È previsto che, per dare concreto riscontro alle norme sulla incompatibilità all'interno dell'Azienda, i dirigenti trasmettano con cadenza annuale al Settore Personale una dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico. La dichiarazione è pubblicata, a cura del Settore Personale, sul sito internet aziendale nell'apposita sezione del sito denominata "Amministrazione Trasparente", ciò consentirà di attuare un controllo diffuso sulla stessa.

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

Con la nuova normativa sono state introdotte anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del d.lgs. n. 165 del 2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

“1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.”.

Al fine di dare attuazione alla presente disposizione, si prevede che la regolamentazione aziendale che disciplina la formazione delle commissioni di concorso o di gara e il conferimento di funzioni direttive sia integrata con l'esplicita previsione delle condizioni ostative ex all'art. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001.

8.11 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)

Questa Azienda si è attivata immediatamente al fine di adottare l'applicazione informatica “Whistleblower” che Anac ha disponibile per il riuso e di cui ha dato notizia attraverso la news del 15 gennaio 2019.

Si è infatti compreso il valore del software ideato per l'acquisizione e la gestione - nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente - delle segnalazioni di illeciti da parte dei pubblici dipendenti, così come raccomandato dal disposto dell'art. 54 bis, comma 5, del d.lgs. n. 165/2001 e previsto dalle Linee Guida di cui alla Determinazione n. 6 del 2015. L'applicazione utilizzata dall'Autorità consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti nonché la possibilità per l'ufficio del Responsabile della prevenzione corruzione e della trasparenza, che riceve tali segnalazioni, di comunicare in forma riservata con il segnalante senza conoscerne l'identità; in tal senso, rappresenta un'opportunità che difficilmente potrebbe aversi in maniera autonoma da parte dell'Ente.

Per questo, la RPCT ha attivato l'ufficio Comunicazione che ha a sua volta esaminato la documentazione disponibile online (<https://github.com/anticorruzione/openwhistleblowing>) e si è confrontato sia con il fornitore che gestisce il sito web e sia il ced interno competente in materia di tenuta dei server e di sicurezza informatica, ai fini di un'integrazione nel portale aziendale. Ne è derivata una prima considerazione della difficoltà di installare in tempi brevi l'applicazione, in quanto non immediatamente compatibile con il sistema adottato da questa Azienda e con le misure di sicurezza imposte; è pertanto necessario un attento approfondimento di natura tecnica, al fine di valutare la possibilità e la modalità di utilizzo dell'applicazione.

Resta fermo quanto già realizzato dall'Azienda in materia, e cioè l'emanazione, ai sensi della legge 11 agosto 2014 n.114, del Regolamento per la tutela del dipendente pubblico che effettua segnalazioni illecite: “Whistleblower”. Le disposizioni in esso contenute sono pubblicate, nel rispetto della normativa vigente, nel sito Amministrazione Trasparente, alla voce: “Altri contenuti”, in maniera da garantire la diffusione del regolamento a tutti i dipendenti.

Il regolamento garantisce la tutela del dipendente che denuncia fattispecie di varia natura (reati, violazione di legge e di regolamenti, etc.). Il dipendente è tenuto a riferire al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

Il regolamento aziendale non soltanto garantisce la tutela dell'anonimato (art. 3 e 4 del reg.), ma stabilisce al contempo che la segnalazione debba essere completa ed esaustiva (art. 2 reg.).

Le misure adottate da questa Azienda tutelano il dipendente anche attraverso la: “sottrazione del diritto di accesso” del documento inteso come atto di segnalazione (art. 9), ma migliora l'efficienza del

sistema in quanto viene garantita la prevalenza dell'interesse della collettività, atto a garantire un comportamento del dipendente pubblico improntato alla correttezza e al perseguimento dell'interesse pubblico.

Si prende atto che è stata approvata la legge 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”, pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 14-12-2017. Pertanto, questa Azienda provvederà a recepire le relative linee guida, riguardanti le procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni, che l'Anac emanerà ai sensi del comma 5 art. 1 della suddetta legge.

8.12 Nomina responsabile anti-riciclaggio

In ossequio al Decreto del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015: “Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione” e come stabilito nel PNA 2016, all'interno del quale è stato richiamato l'art. 6 comma 5 prevede che: nelle amministrazioni indicate nell'art.1 lett. h) del decreto, la persona individuata come “gestore” delle segnalazioni di operazioni sospette può coincidere con il responsabile della prevenzione della corruzione, questa Azienda stabilisce di nominare come Responsabile dell'Antiriciclaggio il RPCT, stante l'esiguità delle figure dirigenziali presenti in Azienda.

8.13 Nomina responsabile RASA

In ottemperanza a quanto stabilito nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016, ed in ossequio all'art. 33 – ter comma 2 del Decreto Legge n.179/2012, inserito nella legge di conversione n.221/2012, al fine di assicurare l'inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), si nomina come soggetto responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA), il funzionario amministrativo Giuseppe Rausa.

Tale nomina è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. Il soggetto responsabile conformerà il proprio operato secondo quanto stabilito nel comunicato del Presidente del 28 ottobre 2013

8.14 Patto di integrità

L'articolo 1, comma 17 della L. n. 190/2012 dispone che “le Stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara”.

Il punto 1.13 del Piano nazionale Anticorruzione (dedicato ai Patti di integrità negli affidamenti) espressamente recita: “Le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell'art. 1, comma 17, della L. n. 190, di regola, predispongono ed utilizzano protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine, le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto”.

I Patti di integrità configurano un complesso di regole di comportamento volte alla prevenzione del fenomeno corruttivo e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti gli operatori economici.

L'Amministrazione ritiene doveroso diffondere – in ambito di pubbliche appalti e pubbliche commesse - valori quali la “legalità” e la “trasparenza” nello sforzo tangibile e concreto di assicurare:

- a) la tutela de l'interesse pubblico alla corretta gestione delle risorse
- b) il corretto dispiegarsi della concorrenza.

In atto, nelle gare di appalto e nei consequenziali affidamenti di questa Azienda sono state applicate le clausole pattizie di cui al Protocollo di legalità “Carlo Alberto della Chiesa” vigente nella Regione Sicilia, consultabile sul sito della Giunta Regionale di Governo della regione Sicilia ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

Nel Piano Triennale Anticorruzione 2016/2018 l'Amministrazione si riservava di elaborare e pubblicare uno schema relativo ai Patti di integrità da allegare ai bandi di gara, nelle more dell'approvazione definitiva del nuovo Codice degli Appalti.

Come è noto attraverso il D.Lgs. del 18 aprile 2016 n. 50 è entrato in vigore il Codice degli appalti, pertanto al presente atto si allega il “Patto di integrità relativo alle gare di appalto di lavori beni e servizi svolti dalla Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro” che fa parte integrante del Piano Triennale Anticorruzione 2016/2018.

8.15 Monitoraggio dei tempi procedurali

Il PNA ha elencato, tra i dati minimi da inserire nel PTPC, anche la realizzazione di un sistema di monitoraggio del rispetto dei termini previsti per la conclusione dei procedimenti amministrativi, quale misura di prevenzione della corruzione di carattere trasversale, ai sensi del comma 9, lett. d) e del comma 28 dell'art. 1 della Legge 190/2012.

«La mancata o tardiva emanazione del provvedimento costituisce elemento di valutazione della performance individuale, nonché di responsabilità disciplinare e amministrativo-contabile del dirigente e del funzionario inadempiente» (art. 2, c. 9 L. 241/1990).

A tal fine l'Azienda ha attivato il monitoraggio dei termini previsti per la conclusione dei procedimenti amministrativi, al fine di garantirne il rispetto ed eventualmente individuare le aree a rischio corruzione.

ALLEGATI

A) Codice etico-comportamentale dei dipendenti

B) Regolamento per il diritto d'accesso civico ai documenti amministrativi

C) Patto di integrità

D) Regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)

A. Codice etico-comportamentale dei dipendenti

Indice

1. Disposizioni di carattere generale.....	60
2. Ambito di applicazione.....	60
2.1 Riferimenti normativi	61
2.2 Destinatari	61
3. Principi generali.....	61
4. Disciplina dei rapporti con gli utenti, i dipendenti e i terzi	62
4.1 Rapporti con gli utenti	62
4.2 Rapporti con i dipendenti.....	63
4.3 Rapporti con i terzi	63
5. Applicazione dei principi generali.....	63
5.1 Regali, compensi e altre utilità	63
5.2 Partecipazione ad associazioni e organizzazioni	63
5.3 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse	64
5.4 Obbligo di astensione	64
5.5 Procedure per la comunicazione e la gestione del conflitto di interessi ..	64
5.6 Prevenzione della Corruzione.....	65
5.7 Trasparenza e tracciabilità	65
5.8 Comportamento nei rapporti privati	66
5.9 Comportamento in servizio	66
5.10 Rapporti con il pubblico	66
5.11 Disposizioni particolari per i dirigenti	67
5.12 Contratti ed altri atti negoziali	67
5.13 Vigilanza, monitoraggio ed attività formative	68
5.14 Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice	69
6. Misure specifiche per l'attività assistenziale.....	69
7. Modalità di diffusione in azienda.....	69
7.1 Diffusione.....	69
7.2 Monitoraggio.....	70
8. Disposizioni finali.....	70

1. Disposizioni di carattere generale

Il presente Codice Etico Comportamentale (di seguito Codice) costituisce il documento ufficiale dell'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro (di seguito Azienda), contenente la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'ente nei confronti di tutti gli stakeholder aziendali.

Il Codice rappresenta l'applicazione della disciplina tracciata dall'ordinamento giuridico italiano in materia di buon andamento della Pubblica Amministrazione e di prevenzione della corruzione poiché le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento degli operatori, indirizzando l'azione sanitaria ed amministrativa dell'Azienda.

La definizione del presente Codice avviene nelle more dell'adozione formale da parte dell'Assessorato alla Salute delle Linee Guida per l'adozione del Codice Etico Comportamentale da parte di tutte le Aziende Sanitarie della Sicilia. Quanto sopra, coerentemente a quanto già proposto in materia da questa Azienda, unitamente all'Arnas Civico Di Cristina Benefratelli, all'ASP di Ragusa e all'ASP di Enna attraverso la formulazione della bozza delle Linee Guida in oggetto, trasmessa in data 13 Maggio 2016 nell'ambito del progetto obiettivo del Piano sanitario 2013 – linea 17.1 ed attualmente al vaglio della Regione.

Il Codice è stato definito in ossequio alle “Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN” approvate dall'ANAC con delibera n. 358 del 29 marzo 2017, quale esito del Tavolo tecnico congiunto ANAC – Ministero della Salute – Agenas sul tema “Conflitto di interesse e Codici di comportamento” costituito in data 16 dicembre 2015 a seguito del Protocollo d'intesa stipulato in data 5 novembre 2014 fra ANAC ed Agenas.

Il Codice Etico Comportamentale integra, ai sensi dell'art. 54, comma 5 del D.L.vo n. 165/2001 e s.i.m., le previsioni del Codice Generale di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR n. 62/2013 ai cui contenuti si fa integrale rinvio, in quanto interamente applicabili e cogenti per tutto il personale dell'Azienda.

Il Codice Etico Comportamentale viene allegato al Piano Triennale anticorruzione 2018/2020 e viene approvato con il medesimo atto deliberativo di approvazione del Piano e redatto in forma scritta. La delibera ne conferisce la validità, ne stabilisce l'entrata in vigore e disciplina le modalità per la sua modifica.

2. Ambito di applicazione

L'Azienda, secondo le indicazioni testualmente contenute nelle Linee guida dell'ANAC, adotta un unico Codice comprensivo di tutte le norme etiche e di comportamento in genere contenute in due distinti codici.

L'Azienda definisce con il Codice i doveri di diligenza, lealtà imparzialità e buona condotta che i dipendenti sono tenuti ad osservare. Ai dipendenti tutti si applica il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici approvato con D.PR. 16 aprile 2013 n.62, di cui questo Codice rappresenta una integrazione.

Le disposizioni integrative del presente Codice, infatti, assumono eguale natura e valenza; risultano altresì redatte in conformità a quanto previsto dalle apposite Linee Guida dell'ANAC.

Vengono di seguito individuati i principali riferimenti normativi in materia e i destinatari del Codice.

2.1 Riferimenti normativi

Legge 7 agosto 1990 n. 241 *“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di accesso ai documenti amministrativi”*

D. L.vo 30 marzo 2001 n. 165 *“Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni”* e s.i.m.

D. L.vo 8 giugno 2001 n. 231 *“Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società, delle associazioni anche prive di personalità giuridica a norma dell'art. 11 della L. 29 settembre 2000 n.300”* e s.i.m.

D. L.vo 9 aprile 2008 n.81 *“Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”*

Legge 6 novembre 2012 n. 190 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*

D. L.vo 14 marzo 2013 n. 33 *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*

D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 *“Regolamento recante Codice di Comportamento dei Dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D. L.vo 30 marzo 2001 n. 165”*

Delibera n. 75/2013 A.N.A.C. recante *“Linee guida in materia di comportamento delle pubbliche amministrazioni”* ai sensi dell'art. 54 del D. L.vo 30 marzo 2001 n. 165

Delibera n. 831/2016 A.N.A.C. recante *“Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”*

D. L.vo n. 39/2013 *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico”*

Legge 7 agosto 2015 n. 124 in materia di *“Licenziamento disciplinare”*

Atto aziendale approvato con D. A. n. 255/2016

Piano aziendale triennale di prevenzione della corruzione 2016-2018 ai sensi della Legge 190/2012

Codice Penale italiano

Per quanto non esplicitato nel presente Codice, si rinvia alla suddetta normativa.

2.2 Destinatari

Il presente Codice si applica indistintamente a:

Personale dipendente dell'Azienda – ruolo dirigenza e comparto – a tempo determinato e indeterminato;

Personale dipendente dell'Università di Catania che opera in questa Azienda;

Collaboratori anche in convenzione o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico a qualsiasi titolo, agli operatori, volontari, specializzandi, dottorandi, tirocinanti, allievi e borsisti;

Ogni figura operante a qualsiasi titolo in questa Azienda.

Nell'instaurazione del rapporto di lavoro per i neo assunti avverrà la presa d'atto del Codice attraverso la sottoscrizione da parte del neo assunto, la dichiarazione di presa d'atto del Codice a cura del Settore delle Risorse Umane sarà conservata agli atti.

Gli obblighi del presente Codice valgono altresì per i dipendenti che operano con imprese fornitrici di beni o servizi o realizzano opere all'interno di questa Azienda.

3. Principi generali

L'attività dell'Azienda è finalizzata a tutelare la salute quale diritto fondamentale del cittadino ed interesse della collettività.

I valori di riferimento dell'Azienda, nel rispetto dei principi costituzionali e dei vincoli legislativi statali e regionali che ne predeterminano il fine, sono:

- Impegno al rispetto della normativa vigente in tutti i luoghi in cui l'Azienda opera da parte dei dipendenti e di chiunque abbia rapporti con l'Azienda;
- Intenzione dell'Azienda a non iniziare e proseguire alcun rapporto con chi non si sia assunto questo impegno;
- Impegno a perseguire una pratica di governo che pone al centro delle attività il paziente e tutela la sicurezza dei luoghi di lavoro sia nei confronti degli operatori sanitari che nei confronti dei pazienti;
- Realizzazione della *mission* aziendale attraverso un contributo leale, pieno e responsabile;
- Impegno dell'Azienda a predisporre un adeguato e continuo programma di formazione e sensibilizzazione sulle problematiche del Codice per i destinatari;
- Ipotesi di conflitto di interessi che i dipendenti devono evitare nello svolgimento delle loro funzioni;
- Trasparenza della condotta dei dipendenti nel fornire ai propri interlocutori (altri destinatari, terzi o utenti) informazioni rispondenti a verità ed atti di semplice lettura;
- Riservatezza nell'utilizzo delle informazioni acquisite, trattate ed archiviate da parte dei dipendenti;
- Impegno dell'Azienda ad evitare che i destinatari pongano in essere comportamenti o atteggiamenti discriminatori nelle procedure preordinate alla stipulazione di contratti;
- Impegno dell'Azienda a mantenere trasparenza e certezza nell'individuazione dei ruoli dei dipendenti, in modo che non si produca in astratto un effetto di deresponsabilizzazione dei dipendenti e sia garantita l'individuazione del soggetto responsabile della decisione assunta con il provvedimento o comunque con l'atto nel quale trova estrinsecazione l'attività caratteristica dell'Azienda.

La Direzione aziendale garantisce a tutti i cittadini parità di trattamento e vieta espressamente ai suoi dipendenti e collaboratori qualsiasi forma di facilitazione all'accesso dei servizi.

Il personale, al fine di garantire l'accesso alle cure, stabilisce un contatto umano con l'utenza, usando disponibilità e discrezione e tenendo conto della realtà sociale ed economico culturale della stessa.

4. Disciplina dei rapporti con gli utenti, i dipendenti e i terzi

L'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro, relativamente alla gestione dei rapporti con gli utenti, con i dipendenti e con i terzi, prevede espressamente quanto segue.

4.1 Rapporti con gli utenti

L'Azienda verifica periodicamente il corretto funzionamento dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico quale canale di comunicazione stabile con i cittadini, gli utenti e le imprese, volto a rappresentare gli interessi dell'utenza;

L'Azienda vieta ai dipendenti di promettere e svolgere pratiche di favore ad utilità degli utenti, atte a costituire disparità di trattamento o posizioni di privilegio nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;

L'Azienda si impegna a rendere accessibili notizie, comunicati stampa, dati ed informazioni scientifiche, nonché fatti ed eventi aziendali, nella propria pagina web, nel notiziario aziendale nonché in eventuali pubblicazioni scientifiche, così da poter permettere l'agevole conoscibilità. Tale obbligo di informazione deve garantire comunque il rispetto del diritto alla riservatezza degli utenti e dei terzi.

4.2 Rapporti con i dipendenti

L'Azienda prevede l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse umane, uniformando i propri processi decisionali al criterio della ricerca della massima efficienza e del raggiungimento degli obiettivi;

L'Azienda dispone che i dipendenti adempiano ai propri doveri d'Ufficio conformemente agli obblighi sottoscritti nel contratto di lavoro concluso con l'Azienda ed uniformino il proprio operato alle disposizioni del presente Codice Etico Comportamentale;

L'Azienda dispone altresì che l'osservanza delle disposizioni contenute nel presente Codice costituisca parte integrante ed essenziale delle obbligazioni contrattuali facenti capo ai dipendenti.

4.3 Rapporti con i terzi

La violazione del Codice Etico Comportamentale da parte del terzo comporta la risoluzione di diritto del rapporto contrattuale in essere, nonché il pieno diritto dell'Azienda di chiedere ed ottenere il risarcimento dei danni patiti per la lesione della sua immagine ed onorabilità. A tal fine, la regolamentazione dei rapporti dell'Azienda con i terzi deve prevedere clausole risolutive espresse con il contenuto di cui sopra.

In particolare, si raccomanda di inserire, sia nei bandi di gara predisposti dal Settore Provveditorato e Tecnico con imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere a favore dell'Amministrazione, sia nei contratti di acquisizione delle collaborazioni e delle consulenze predisposti dal Settore Risorse Umane, apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza dal rapporto in caso di violazione dagli obblighi derivanti dal Codice.

5 Applicazione dei principi generali

I principi generali trovano applicazione in Azienda attraverso la definizione dei doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti sono tenuti ad osservare coerentemente a quanto disposto dal D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62.

5.1 Regali, compensi e altre utilità

Il dipendente non chiede, né sollecita, per sé o per altri regali o altra utilità;

I dipendenti possono accettare regali solo eccezionalmente nel rispetto della normativa del codice di comportamento generale, per un valore non superiore a 150 euro durante l'arco di un anno;

I dipendenti che riceveranno regali o altre utilità per un importo superiore a quello specificato dovranno restituirli previa comunicazione scritta al Direttore Generale o al responsabile della struttura alla quale afferiscono;

E' vietata l'accettazione di regali sotto forme di denaro a prescindere dal valore.

È fatto divieto di accettare, per sé o per altri, somme di denaro per qualunque importo e a qualsiasi titolo.

5.2 Partecipazione ad associazioni e organizzazioni

Nel rispetto della normativa in vigore sul diritto di associazione, il dipendente comunica al Direttore Generale o al Direttore della Unità Operativa la propria appartenenza ad associazioni o organizzazioni i cui ambiti possano interferire con lo svolgimento delle attività della propria struttura; il presente comma non si applica a partiti e movimenti politici o sindacati;

Il dipendente non esercita pressioni su altri colleghi o dipendenti per indurli a partecipare ad associazioni o organizzazioni promettendo vantaggi di carriera.

Per “associazioni” e “organizzazioni” si intendono organismi di natura associativa senza scopo di lucro (esempio: Onlus, Fondazioni, Organismi di volontariato, ecc.).

Le associazioni che potenzialmente interferiscono con l'attività svolte all'interno dell'Azienda sono quelle in cui sussiste un incontro di interessi concorrenziale, ovvero che hanno come finalità la tutela della salute (prevenzione, diagnosi, cura) o forniscono servizi assistenziali domiciliari o di trasporto dei malati.

Il dipendente non utilizza gli strumenti, le attrezzature aziendali e le ore lavorative per favorire le associazioni o le organizzazioni a cui appartiene.

5.3 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse

Il dipendente al momento della assegnazione all'ufficio, e fatti salvi gli obblighi previsti da leggi e regolamenti, è tenuto ad informare per iscritto il dirigente dell'ufficio su tutti i rapporti diretti e indiretti, a titolo di collaborazione, con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti e che lo stesso dipendente abbia in atto o abbia avuto negli ultimi tre anni;

È obbligo del dipendente aggiornare le suddette con cadenza annuale.

Resta inteso che, ove il conflitto riguardi i dirigenti apicali, la valutazione delle iniziative da assumere sono a carico del Responsabile della prevenzione della corruzione, e ciò in sintonia con quanto dispone il Piano Nazionale della prevenzione della corruzione.

5.4 Obbligo di astensione

Ferme restando le regole generali di cui all'art. 7 del D.P.R. 62/2013, che dispongono l'obbligo di astensione per attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di parenti e/o affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali si abbiano rapporti di frequentazione abituale, si dispone che sulla astensione del dipendente debba decidere il responsabile dell'U.O. o dell'ufficio di appartenenza, con l'onere di provvedere ad organizzare un sistema di archiviazione dei casi di astensione.

Si dispone infine che sulla astensione del dipendente apicale dovrà decidere il Responsabile della prevenzione della Corruzione.

5.5 Procedure per la comunicazione e la gestione del conflitto di interesse

Ai sensi delle linee guida predisposte dall'ANAC per l'adozione dei Codici di Comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, questa Azienda fa proprie le definizioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione sulle varie tipologie di conflitto di interesse come di seguito riportato:

- **Attuale:** presente nel momento dell'azione o decisione del soggetto tenuto al rispetto del Codice Potenziale: che potrà diventare attuale in un momento successivo;
- **Apparente:** che può essere percepito dall'esterno come tale;
- **Diretto:** che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice;

- **Indiretto:** che attiene a entità o individui diversi dal soggetto tenuto al rispetto del Codice ma allo stesso collegati.

Tenuto conto delle tipologie delineate, in ossequio alle disposizioni dell'ANAC si stabilisce che l'Azienda:

- adotta procedure uniformi per la gestione del conflitto di interesse valide per tutte le Unità Operative, con particolare riferimento alle situazioni che potrebbero determinare l'obbligo di astensione previsto dall'art.7 del Regolamento;
- dispone che la comunicazione della situazione di conflitto potenziale o attuale da parte del dipendente avvenga tempestivamente e non oltre 10 giorni dal momento in cui il conflitto potenziale o attuale si è manifestato o in cui la variazione si è manifestata;
- stabilisce che l'Amministrazione – nella figura del RPCT – vigili sul rispetto dei tempi di presentazione delle dichiarazioni e sulla effettiva adozione dei provvedimenti conseguenti.

5.6 Prevenzione della Corruzione

Ogni dipendente è tenuto a:

- valutare le condizioni che possano determinare conflitto di interessi (es. relazioni personali che interferiscono con ruolo, orario di lavoro o risorse dell'Ente);
- prevenire ogni situazione che possa creare conflitto di interessi, astenendosi dal prendere decisioni o svolgere attività che possano configurarsi in tal senso (es. vantaggi futuri che compromettano l'obiettività).

Il dipendente rispetta le misure contenute nel piano triennale della prevenzione della corruzione (PTPC) e collabora a rispondere alle richieste del Responsabile della prevenzione della Corruzione (RPC).

La procedura prevista dal Regolamento Aziendale per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (*Whistleblowing*) si applica nelle situazioni di illecito o irregolarità di cui il dipendente venga a conoscenza nello svolgimento della propria attività lavorativa.

Il regolamento garantisce la tutela del dipendente che denuncia fattispecie di varia natura (reati, violazione di legge e di regolamenti ecc.). Il dipendente è tenuto a riferire al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Il regolamento aziendale non soltanto garantisce la tutela dell'anonimato (art. 3 e 4 del reg.), ma stabilisce al contempo che la segnalazione debba essere completa ed esaustiva (art. 2 reg.). Le misure adottate da questa Azienda tutelano il dipendente anche attraverso la "sottrazione del diritto di accesso" del documento inteso come atto di segnalazione (Ar.9). Il regolamento adottato migliora l'efficienza del sistema in quanto viene garantita la prevalenza dell'interesse della collettività, garantisce un comportamento del dipendente pubblico improntato alla correttezza e al perseguimento dell'interesse pubblico.

L'Azienda ha previsto, nell'ambito del Piano Triennale Anticorruzione 2018/2020, corsi di formazione sul Codice con particolare riferimento al Conflitto di interesse.

5.6 Trasparenza e tracciabilità

I dipendenti rispettano le misure previste in materia di Trasparenza, come formulate nel PTPC, e collaborano con il Responsabile della Trasparenza per garantire il regolare flusso delle informazioni da pubblicare, rispettando i termini stabiliti dalla legislazione vigente;

Ogni dipendente custodisce la documentazione prodotta per garantirne la tracciabilità digitale su ogni forma di supporto e per ogni fase del processo.

5.8 Comportamento nei rapporti privati

Nelle relazioni sociali il dipendente non si avvale del ruolo svolto all'interno dell'Azienda per ottenere utilità non dovute.

Nei rapporti privati con altri enti o soggetti privati, il dipendente non anticipa i risultati dei procedimenti prima della conclusione e, in particolare, non diffonde contenuti specifici di procedimenti di gara, di concorso o di altra tipologia che prevedano una selezione pubblica comparativa.

Il dipendente è tenuto a non arrecare nocumento all'immagine dell'Azienda e a non diffondere informazioni riservate anche nell'uso dei social network, di Internet e delle altre simili forme di comunicazione.

5.9 Comportamento in servizio

Ogni dipendente è tenuto ad avere cura della propria persona e del proprio abbigliamento che devono essere consoni all'ambiente.

Il dipendente rispetta l'orario di lavoro e non si allontana o si assenta dal servizio senza la preventiva autorizzazione del proprio Dirigente.

Il personale sanitario, al di fuori della struttura di pertinenza, non indossa abbigliamento sanitario, anche in strutture presenti all'interno della Azienda (Bar, mensa aziendale).

Il dipendente attesta la presenza in servizio, timbrando le entrate e le uscite, inclusa la pausa pranzo, secondo le modalità e le codifiche previste dall'Azienda.

È necessario effettuare la timbratura in uscita, previa autorizzazione del dirigente, ogniqualvolta si esca dall'ambiente di lavoro per motivi personali durante l'orario di servizio. Il cartellino orario è strettamente personale.

I dipendenti rispettano i turni di servizio, di reperibilità e di servizio di guardia attiva programmati e non modificano la programmazione senza la preventiva autorizzazione del Responsabile della Struttura.

Il dipendente, salvo, eventi eccezionali, deve fare richiesta di ferie al proprio Responsabile, con un congruo preavviso, secondo le modalità di programmazione previste dall'ufficio di appartenenza.

Al dipendente non è consentito utilizzare a fini privati il materiale (sanitario o di cancelleria, o elettronico) per scopi che non siano legati ad esigenze di lavoro.

Il dipendente, salvo casi eccezionali e urgenti, non utilizza gli strumenti informatici (internet, posta elettronica) di servizio per motivi personali.

Il responsabile ha l'obbligo di verificare l'osservanza da parte dei dipendenti della normativa e dei contratti collettivi di lavoro in materia di orario di servizio.

5.10 Rapporti con il pubblico

Il dipendente espone in modo visibile il cartellino identificativo. Qualora sia a contatto con il pubblico, soprattutto nei casi di richiesta di informazioni sanitarie, fornisce spiegazioni chiare ed adeguate alla comprensione dell'utente.

Le segnalazioni e i reclami da parte dei cittadini vanno inoltrati all'URP, che provvederà ad istruire il caso e relazionarne al Direttore Generale.

I rapporti dell'Azienda con la stampa e con i mezzi di comunicazione sono tenuti soltanto dai soggetti espressamente a ciò delegati dalla Direzione, in conformità alle procedure aziendali. Fermo restando il rispetto delle prerogative delle rappresentanze politiche e sindacali e delle disposizioni aziendali in materia, il dipendente non rilascia dichiarazioni ai mezzi di comunicazione in relazione a questioni che, per la loro rilevanza strategica o politica, coinvolgano direttamente il

vertice aziendale; il dipendente informa l'Ufficio Stampa, qualora sia contattato direttamente dai giornalisti, anche su temi strettamente inerenti la sua attività istituzionale, prima di rilasciare dichiarazioni o interviste all'organo di informazione.

Nel caso in cui siano pubblicate notizie inesatte sull'azienda o sulla sua attività o valutazioni che danneggino l'immagine della Azienda Ospedaliera, la circostanza va comunicata al dirigente/responsabile, che valuterà l'opportunità di fare precisazioni con un comunicato ufficiale.

5.11 Disposizioni particolari per i dirigenti

Ai sensi del Codice di Comportamento generale (art 13 comma 3) nel rispetto della delibera n. 358/2017 emanata dall'ANAC, i dirigenti sono obbligati a comunicare alla Azienda la propria situazione patrimoniale entro e non oltre dieci giorni dal conferimento dell'incarico, nonché l'aggiornamento - preferibilmente a cadenza annuale - della comunicazione relativa a partecipazioni azionarie ed ad altri interessi finanziari, che possano porre il dirigente in conflitto di interesse.

Il Settore Risorse Umane rende noto sul sito Aziendale un indirizzo di posta elettronica, esclusivamente dedicato alle comunicazioni relative a eventuali allontanamenti dal domicilio (Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n.8/2007), dedicato ai dipendenti assenti per ragione di salute, che si allontanino dal proprio domicilio per una ragione legittima, in maniera che gli stessi abbiano l'opportunità di informare il Settore o l'Ufficio di appartenenza.

I dirigenti adottano o contribuiscono ad adottare le misure e gli adempimenti necessari per proteggere l'integrità fisica e psicologica dei dipendenti o delle persone che afferiscono agli uffici, impegnandosi a mantenere ambienti e climi di lavoro sicuri e salubri in conformità con le leggi in vigore nazionali ed internazionali.

I dirigenti vigilano sui dipendenti del settore di competenza, affinché rispettino la normativa prevista sull'incompatibilità, cumulo di impieghi e carichi di lavoro, per evitare che si presentino casi di "doppio lavoro".

Nel rispetto dell'art. 8 del Codice di comportamento generale, il dirigente che sia a conoscenza di un illecito da parte di un dipendente lo segnala alla Commissione di disciplina.

Il Dirigente individua il fabbisogno di beni e servizi per la funzionalità della propria struttura e verifica che le risorse siano adibite a fini istituzionali.

La valutazione del dirigente nei confronti del personale assegnato avviene nel rispetto del merito.

I dirigenti adottano ogni cautela per tutelare i dipendenti che segnalano illeciti (whistleblowing) come previsto dal paragrafo 5.5.

5.12 Contratti ed altri atti negoziali

Il dipendente nella stipulazione ed esecuzione dei contratti per conto dell'amministrazione non ricorre a mediazione di terzi, né corrisponde alcuna utilità a titolo di intermediazione, per aver facilitato la conclusione di un contratto. Questo comma non viene applicato se l'amministrazione ricorre alla intermediazione professionale.

Il dipendente, ad eccezione delle fattispecie previste ai sensi dell'art. 1342 del cod.Civ., non stipula, per conto dell'amministrazione, contratti di appalto con imprese o ditte con le quali egli stesso ha stipulato contratti a titolo privato o abbia ricevuto utilità nel biennio precedente. Il dipendente si astiene a partecipare ad attività contrattuali nei casi in cui l'Azienda firmi contratti con imprese o ditte con le quali egli stesso abbia stipulato contratti;

Il dipendente che riceva, da persone fisiche o giuridiche partecipanti a procedure negoziali nelle quali sia parte l'amministrazione, rimozioni orali o scritte sull'operato dell'ufficio o su quello

dei propri collaboratori, ne informa immediatamente, di regola per iscritto, il proprio superiore gerarchico o funzionale.

In adesione alle previsioni contenute nell'articolo 9 delle Linee guida dell'Anac in materia di "Contrattualistica e attività negoziale", si stabilisce il divieto di inserire nei capitolati speciali caratteristiche tecniche non oggettivamente giustificate e di chiedere e/o accettare benefit impropri per uso privato quali, a titolo esemplificativo:

- eccedenze di fornitura conseguenti ad acquisti;
- campioni gratuiti di beni in quantità superiori a quanto previsto dalla normativa o da specifiche procedure adottate dall'Azienda;
- doni che seppur presentati con valore al di sotto della soglia consentita, siano percepiti dal ricevente di valore superiore e/o siano elargiti con ricorrenza;
- comodati d'uso e valutazioni in prova che non siano stati autorizzati dalla Direzione aziendale e il cui impiego non sia pertinente alle funzioni svolte dal soggetto e/o dalla Unità operativa presso cui lo stesso è incardinato;
- benefici economici a qualsiasi titolo derivanti dall'instaurarsi di relazioni extra ufficio.

5.13 Vigilanza, monitoraggio ed attività formative

Le competenze aziendali sull'attuazione del presente Codice di Comportamento competono a:

Dirigenti Responsabili di Struttura;
Ufficio per i Procedimenti Disciplinari del personale del comparto;
Ufficio per i Procedimenti Disciplinari del personale dirigente;
Organismo Indipendente di Valutazione;
Responsabile della prevenzione della corruzione.

La responsabilità della pubblicazione e della diffusione del codice sul sito aziendale è di competenza del RPC.

Le sanzioni disciplinari irrogate nei confronti del personale della dirigenza e del comparto, nel biennio precedente, rappresentano elemento di valutazione ai fini della progressione della carriera.

Il RPC, coadiuvato dall'ufficio formazione, così come meglio esplicitato nel PTPC, organizzerà corsi di formazione, per diffondere la cultura della legalità.

5.14 Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice

Ferme restando le violazioni alle norme penali, civili, amministrative e contabili del pubblico dipendente, l'inosservanza degli obblighi del codice aziendale determina sanzioni disciplinari già previste dalla legge e dai contratti collettivi.

I contenuti del presente codice si impongono su direttive diramate dall'organizzazione gerarchica interna.

L'Azienda provvede a ricondurre le singole violazioni del Codice al tipo e all'entità delle sanzioni disciplinari applicabili anche in base a quanto suggerito dalla Determinazione ANAC n. 75 del 24 Ottobre 2013.

Per i casi in cui le violazioni delle disposizioni del Codice non siano direttamente riconducibili a fattispecie disciplinari, l'Azienda individua le sanzioni sulla base dei principi di responsabilità, proporzionalità, equità e parità di trattamento.

6 Misure specifiche per l'attività assistenziale

In merito alle attività assistenziali, l'Azienda richiama il personale medico ed infermieristico, nonché le altre figure professionali che hanno come precipua mission la cura, l'assistenza del paziente sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale, al rispetto dei seguenti obblighi:

- rispetto delle liste e della riduzione dei tempi di attesa e delle relative discipline regolamentari;
- obbligo per il personale sanitario di fare una netta separazione tra attività istituzionale e l'attività libero professionale, rispettando i tempi i luoghi e le modalità di svolgimento in ossequio alla normativa vigente in materia;
- divieto di orientare il paziente verso la visita in regime di libera professione;
- obbligo della dirigenza medica di garantire la tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva contabilizzazione a consuntivo delle somme incassate nell'attività libero professionale intramuraria;
- corretto adempimento degli obblighi informativi e delle relative tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate;
- obbligo di aggiornamento professionale per il personale sanitario;
- divieto di percepire compensi economici o ricompense di qualsiasi altra natura durante lo svolgimento della propria professione che non sia consentito dalla legge, previsto dal contratto collettivo e autorizzato da questa Azienda;
- divieto di indicare nella documentazione sanitaria, secondo i limiti e le condizioni stabiliti dalla normativa in materia, il nome commerciale dei farmaci prescritti o consigliati, all'atto della prescrizione / consiglio terapeutico di altri prodotti diversi dai farmaci (come per esempio prodotti sostitutivi del latte materno);
- rispetto dei turni di lavoro programmati, salvo giusta causa adeguatamente motivata;
- divieto di utilizzare divise ed indumenti al di fuori dei luoghi e degli orari di lavoro;
- obbligo della corretta tenuta e gestione della cartella clinica;
- corretta comunicazione dei rischi legati al percorso di cura, delle precisazioni e dei chiarimenti necessari per garantire la sottoscrizione consapevole del consenso informato.

7 Modalità di diffusione in azienda

7.1 Diffusione

Il Codice Etico Comportamentale di questa Azienda entra in vigore a decorrere dalla data della delibera della sua approvazione da parte della Direzione Generale.

L'Azienda, attraverso gli Uffici per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza:

Provvede a diffondere e ad illustrare a tutti i destinatari gli obiettivi, il contenuto e le modalità applicative del Codice attraverso pubblicazioni su intranet aziendale, messa a disposizione di copie cartacee e/o elettroniche, invio tramite e-mail, affissione di avvisi in luoghi accessibili a tutti;

Assicura il controllo della diffusione dei contenuti del Codice mediante opportuna registrazione dell'avvenuta presa conoscenza da parte di ciascun destinatario;

Assicura la divulgazione del Codice a tutti i nuovi dipendenti/collaboratori delle Aziende, attraverso la consegna di una copia unitamente al contratto di assunzione/collaborazione;

Organizza incontri formativi per i dipendenti volti a favorire la conoscenza dei principi e delle norme del Codice.

Nel caso di nuovi rapporti di lavoro e/o di collaborazione, questi dovranno contenere un esplicito riferimento al Codice Etico Comportamentale e dovrà essere resa disponibile una copia dello stesso ai nuovi dipendenti/collaboratori.

7.2 Monitoraggio

Al fine di assicurare la piena e concreta attuazione del Codice Etico Comportamentale e dei principi in esso sanciti, nell'ambito degli Uffici per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, dotati di figure professionali qualificate nonché di idonee risorse tecniche e strumentali, è istituito il Comitato di Vigilanza Etica Aziendale.

Il suddetto Comitato, che può avvalersi anche di esperti esterni del settore, svolge le seguenti funzioni:

- verifica la coerenza e l'adeguatezza del modello organizzativo e gestionale dell'Azienda rispetto ai principi ed alle regole contenuti nel Codice, proponendo modifiche e/o aggiornamenti quando ne rilevino la necessità;
- cura il necessario aggiornamento del Codice, nel caso in cui le analisi effettuate rendano necessari correzioni ed adeguamenti, attraverso:
 - la presentazione di proposte di adeguamento del Codice Etico Comportamentale alla Direzione Generale;
 - la realizzazione di azioni di verifica dell'attuazione e dell'effettiva funzionalità delle soluzioni proposte.
- raccoglie le segnalazioni eventualmente pervenute dalla Direzione Generale dell'Azienda circa possibili anomalie nell'applicazione e/o nell'interpretazione del Codice.

Al fine di consentire un adeguato monitoraggio, il Responsabile della prevenzione della Corruzione (RPC) provvede con cadenza annuale alla somministrazione di liste di controllo ad un campione qualificato di dipendenti dell'Azienda finalizzato alla rilevazione del livello di implementazione delle azioni previste dal Codice Etico Comportamentale e dalla normativa vigente in materia di legalità e trasparenza.

Quanto sopra affinché venga dato atto del livello di conoscenza del Codice da parte di coloro che afferiscono alla singola struttura nel rispetto della riservatezza.

Ai fini dello svolgimento dei propri compiti di vigilanza e monitoraggio, il Responsabile della prevenzione della Corruzione (RPC) può richiedere il supporto di soggetti che ricoprono specifiche funzioni aziendali e/o dei responsabili di area.

8 Disposizioni finali

Tutta l'attività dell'Azienda deve essere improntata al rigoroso rispetto dei principi etici introdotti dal presente Codice Etico Comportamentale.

L'Azienda persegue costantemente obiettivi di razionalizzazione e coordinamento normativo interno secondo i principi dettati nel presente Codice.

Il Codice Etico Comportamentale assolve in sede attuativa ad una funzione integratrice di tutte le disposizioni normative richiamate nel presente documento.

Dichiarazione “Conflitto di interessi”
(All’atto dell’assegnazione all’ufficio – In ogni altro caso previsto dalle norme)

Il/La sottoscritto/a

dipendente dell’Azienda Ospedaliera per l’Emergenza “Cannizzaro” di Catania
in servizio presso:

struttura

reparto/servizio

in merito all’assunzione di decisioni e/o per lo svolgimento di attività, inerenti alle proprie
mansioni di seguito elencate:

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del DPR 445/1990,

DICHIARA

alla data di sottoscrizione del presente atto:

- ☐ **l’insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse** ai sensi e per gli
effetti degli articoli 6 e 7 del DPR 62/2013,
- ☐ **la sussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse** ai sensi e per gli
effetti degli articoli 6 e 7 del DPR 62/2013 in quanto

In fede

Data

Firma.....

B. Regolamento aziendale per il diritto d'accesso civico ai documenti amministrativi

PRINCIPI

I recenti dettati normativi, culminati nel D.Lgs. n. 97 del 2016, hanno ampliato il concetto di trasparenza, intesa come accessibilità totale ai dati e documenti della Pubblica Amministrazione, al fine di promuovere la partecipazione dei cittadini alla attività amministrativa e di diffondere il controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La trasparenza attua i principi democratici e i principi costituzionali di uguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.

ART. 1 NOZIONE

Il Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33: "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", così come modificato ed integrato dal Decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97, comporta profonde innovazioni alla disciplina dell'accesso civico. Tale istituto viene disciplinato nel Capo I-Bis della predetta normativa "Diritto di accesso a dati e documenti", articoli 5, 5-bis e 5-ter e rappresenta il diritto di chiunque, secondo un principio mutuato dal diritto anglosassone cosiddetto FOIA (Freedom of Information Act) di accedere a documenti e dati in possesso della Pubblica Amministrazione.

È importante sottolineare che viene meno per il cittadino l'obbligo di motivazione nella richiesta, così come previsto dalla legge 241/90. Secondo questo istituto, inoltre, l'utente può richiedere anche atti ulteriori rispetto a quello per il quale è previsto l'obbligo di pubblicazione, secondo il citato decreto n. 33/2013, nel rispetto di determinati limiti contemplati nella normativa. La finalità prevista dalla recente legislazione è quella di promuovere e diffondere forme di controllo sull'operato pubblico e sull'utilizzo di risorse.

ART. 2 RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO

La richiesta di accesso civico è compilata dal richiedente che indicherà le proprie generalità, il domicilio, il numero telefonico, l'indirizzo di posta elettronica, ai fini della risposta da parte dell'Azienda.

L'Amministrazione identifica i documenti, le informazioni e i dati che il cittadino intende acquisire. L'istanza non necessita di motivazione e può essere inviata, secondo le modalità previste dal Codice dell'Amministrazione Digitale (Decreto Legislativo 7 marzo 2005 n.82, aggiornato con il recente Decreto Legislativo 26 agosto 2016 n.179) anche telematicamente oppure presentata al protocollo generale

dell'Azienda o inviato a cura del Servizio Postale. L'istanza verrà assegnata al Dirigente competente per quella determinata materia.

ART. 3 NOTIFICA AI CONTROINTERESSATI

L'Azienda, ai sensi dell'art. 5 comma 5 del D.Lgs. n. 97/2016, fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria, individua gli eventuali controinteressati e dà comunicazione agli stessi mediante raccomandata A.R. o per via telematica. I controinteressati entro il termine di 10 giorni possono presentare opposizione motivata. Il termine della conclusione del provvedimento, stabilito in trenta giorni, si interrompe, per dare la possibilità ai controinteressati di opporsi. Decorso tale termine l'Azienda provvede alla richiesta.

ART. 4 TERMINE DEL PROCEDIMENTO: ACCOGLIMENTO O RIFIUTO DELLA ISTANZA

Entro il termine di trenta giorni, si conclude il procedimento di accesso civico (tale termine viene differito come stabilito nell'art. 3 del presente regolamento), mediante provvedimento espresso e motivato. L'Amministrazione dà comunicazione ai richiedenti e agli eventuali controinteressati. Se l'istanza viene accolta, l'ufficio competente per materia provvede a trasmettere tempestivamente i dati e i documenti richiesti.

Se la richiesta concerne la pubblicazione obbligatoria di dati e documenti ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e del D.Lgs. n.97/2016, l'amministrazione provvede tempestivamente alla pubblicazione sul sito aziendale dando comunicazione e indicando il collegamento ipertestuale al richiedente.

Il rifiuto o la limitazione all'accesso devono essere motivati con riferimento ai casi previsti dalla normativa e indicati nel presente regolamento all'articolo 6.

Nei casi di diniego o di mancata risposta entro i termini previsti nel presente regolamento, è riconosciuta la facoltà di richiedere il riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che entro il termine di 20 giorni decide con provvedimento motivato.

Nel caso di interessi contemplati nell'articolo 6 B) del presente regolamento, il Responsabile della prevenzione della corruzione richiede parere al Garante per la protezione dei dati personali, che si pronuncia entro il termine di 10 giorni. Il termine per l'emanazione del provvedimento è sospeso fino alla emanazione del parere del Garante, e comunque per un periodo non superiore ai dieci giorni.

ART. 5 TUTELA DEL DIRITTO DI ACCESSO

Ai sensi dell'art. 116 del Decreto Legislativo 104/2010 (Codice del Processo Amministrativo), il richiedente può proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale, avverso la decisione dell'Ufficio competente, e, in caso di richiesta di riesame, avverso quella del Responsabile della prevenzione della corruzione.

ART. 6 LIMITI DELL'ACCESSO CIVICO

A) Il diritto di accesso subisce dei limiti contemplati nella normativa vigente per evitare un pregiudizio concreto dei seguenti interessi pubblici:

- 1) La sicurezza e l'ordine pubblico
- 2) La sicurezza nazionale
- 3) La difesa e le questioni militari
- 4) Le relazioni internazionali
- 5) La politica e stabilità finanziaria ed economica dello Stato
- 6) La conduzione di indagini di reati ed il loro perseguimento
- 7) Il regolare svolgimento di attività ispettive

B) Il diritto di accesso viene rifiutato per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati:

- 1) La protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina vigente in materia
- 2) La libertà e la segretezza della corrispondenza
- 3) Gli interessi economici e commerciali di una persona fisica e giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali

C) Relativamente alla richiesta di documenti attinenti a procedure di gara esperite ai sensi del D.Lgs. 50/2016, il diritto di accesso si intende differito sino alla aggiudicazione definitiva ai sensi dell'art. 53.

D) La richiesta di accesso e rilascio di copie della documentazione tecnica presentata in sede di gara da concorrenti è subordinata, ai sensi del citato art. 53 del D.Lgs. 50/2016, alla richiesta di rilascio, da parte dei controinteressati, di specifico nulla osta. Nel caso di diniego il controinteressato è comunque obbligato ad indicare, entro 10 giorni dalla richiesta, le parti della documentazione tecnica che si ritengono coperte da segreto tecnico e/o commerciale.

Resta inteso che gli atti endoprocedimentali, attinenti le gare di appalto nonché le procedure concorsuali pubbliche finalizzate alla selezione di personale, non verranno rilasciati fino alla definizione della procedura con la pubblicazione della relativa determinazione.

ART 7 LIMITI ALL'ACCESSO CIVICO IN SANITA'

Determinati divieti di divulgazione, salvo che non sia possibile un oscuramento di dati, sono specificamente previsti dalla normativa in materia di tutela e riservatezza e riguardano lo stato di salute, nell'evidenza che

dalla esplicazione dei dati possa trasparire la patologia del soggetto interessato ivi compreso qualsiasi accertamento sulle condizioni di invalidità, disabilità o handicap fisici o psichici. Inoltre tali limitazioni riguardano dati identificativi della sfera sessuale del soggetto, nonché gli aiuti economici allo stesso dai quali è possibile ricavare informazioni sul disagio economico della persona.

Le richieste di accesso a documenti contenenti dati sensibili (dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche o l'adesione a partiti, associazioni od organizzazioni a carattere sindacale, politico, religioso o filosofico) o giudiziari (dati idonei a rivelare provvedimenti in materia di casellario giudiziale, di carichi pendenti, o la qualità di indagato o di imputato) riconducibili a soggetti diversi dal richiedente devono essere sempre formali e dettagliatamente motivate. Tali documenti sono accessibili solo nei limiti in cui la conoscenza degli stessi sia strettamente indispensabile per la tutela e la difesa degli interessi giuridici dell'istante, ferma restando l'eventuale procedura della notifica ai controinteressati.

L'Azienda, al fine di tutelare le esigenze di riservatezza di terzi che hanno reso dichiarazioni nel corso di istruttoria, può limitare o negare ai non diretti interessati l'accesso agli atti e ai verbali endoprocedimentali riguardanti i procedimenti disciplinari.

Ad ulteriore precisazione si sottolinea che nell'ipotesi in cui la richiesta sia diretta a conoscere il contenuto di documenti concernenti dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (cd. dati supersensibili) di terzi, l'accesso è consentito unicamente ex art. 60 del D.Lgs. 196/03 se la situazione giuridicamente rilevante che il richiedente intende far valere sia di rango almeno pari ai diritti del soggetto cui siano riferiti i dati di salute, ovvero consista in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale o inviolabile.

Il richiedente, in tale caso, ha l'onere di comprovare il rango dell'interesse sotteso all'istanza e l'indispensabilità del documento richiesto al fine indicato. Il responsabile del procedimento dovrà valutare l'ammissibilità della richiesta, bilanciare gli interessi delle due parti ed applicare le procedure descritte.

Ai sensi dell'art. 24 della L. 241/90, sono ammesse forme di accesso parziali consistenti nel rilascio di documenti dai quali siano stati omessi dati personali e/o sensibili relativi a terzi, non indispensabili ai fini della tutela della posizione giuridica del richiedente.

Altresì non verranno rilasciate le casistiche di attività professionale medica e chirurgica, in quanto contenenti dati sensibili.

ART. 8 ACCESSO ALLE CARTELLE CLINICHE

Fermo restando quanto previsto dagli articoli che precedono, l'accesso alle cartelle cliniche da parte di terzi è ammesso solo se il richiedente comprovi la sussistenza delle condizioni contemplate dall'art. 92 del D. Lgs. 196/03 e più specificamente:

- 1) che il documento sia necessario per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria di rango pari a quello dell'interessato ovvero consistente in un diritto della personalità o altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile;
- 2) che il documento sia necessario per tutelare una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o altro diritto o libertà fondamentale.

ART. 9 RILASCIO DI COPIE

Le copie saranno rilasciate dall'Ufficio competente in materia. Il rilascio delle copie conformi all'originale avverrà con le modalità previste dall'art. 18 commi 1 e 2 del D.P.R. 445 del 2000 solo se richiesto.

Per il rilascio di ogni singola copia occorrerà corrispondere all'Economo dell'Azienda la somma di € 0,10 (dieci centesimi di euro) a foglio.

Per rilascio di documenti di gara, in relazione al maggiore onere derivante dall'impiego di personale interno, è stabilito un costo forfettario di € 25,00 per un volume fino a n. 50 pagine; € 40,00 per un volume composto da un numero di pagine tra 51 e 100; ulteriori € 20,00 per ogni scaglione fino a 50 pagine, oltre le 100.

ART. 10 DISPOSIZIONI FINALI

Si rinvia per le diverse forme di accesso al capo V della legge 241/1990 e s.m.i. Per i principi di trasparenza e di accesso del Codice degli Appalti e delle concessioni (D.Lgs n.50/2016) all'articolo 29.

Il presente regolamento entra in vigore il giorno della pubblicazione all'albo della Azienda.

C. Patto di integrità relativo alle gare di appalto di lavori, beni e servizi svolti dalla Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro

TRA

L'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro di Catania (di seguito AOEC)

E

La Società/ditta/Impresa partecipante a qualsiasi gara svolta dalla AOEC in qualità di concorrente:

Visti:

- La legge 6 novembre 2012 n.190, art.1, comma 17 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione"
- Il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) emanato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (ex CIVIT), approvato con delibera n. 72/2013, contenente "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella Pubblica Amministrazione"
- Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione della Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro di Catania (P.T.P.C. 2016-2018, adottato con deliberazione n 143 del 28/01/2016.
- Il Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013 n.62, con il quale è stato emanato il "Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici"
- Il Codice di Comportamento della Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro, adottato con deliberazione n 143 del 28/01/2016
- Il Decreto Legislativo 18 aprile 2016 n. 50 con il quale è stato emanato il "Codice degli Appalti"

Si conviene su quanto segue

Articolo 1 - Obblighi degli operatori economici

Il presente patto di integrità stabilisce la formale obbligazione della Società concorrente ad una qualsiasi gara svolta dalla AOEC, che ai fini della partecipazione della gara in oggetto e della possibile esecuzione del relativo contratto di appalto si impegna :

- a) A dichiarare, ai fini di essere ammessa alla procedura di gara, di avere preso visione delle disposizioni contenute nel presente patto di integrità e di accettare senza riserva il relativo contenuto ;
- b) A conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, a non offrire accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altro vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcere la relativa corretta esecuzione.
- c) A segnalare alla AOEC qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi della gara e/o durante l'esecuzione dei contratti, da parte di ogni interessato o addetto o da chiunque possa influenzare le decisioni relative alla gara in oggetto.
- d) Di non trovarsi in situazione di controllo o di collegamento formale e/o sostanziale con altri concorrenti e che non si è accordato o non si accorderà con altri partecipanti alla procedura. Con riferimento alla procedura di affidamento, di non avere in corso né di avere praticato intese e/o pratiche resittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della vigente normativa.
- e) A informare tutto il personale che si avvale del patto di integrità degli obblighi stabiliti. A vigilare affinché gli impegni siano osservati da tutti i collaboratori e dipendenti nelle prestazioni assegnate nell'ambito dell'appalto.

- f) Collaborare con le forze pubbliche (polizia o carabinieri, guardia di finanza) denunciando ogni tentativo di estorsione, intimidazione o condizionamento di natura criminale (richieste di tangenti, pressioni per indirizzare l'assunzione di personale o affidamento di subappalti a determinate imprese, danneggiamenti/furti di beni personali o in cantiere etc)
- g) Di ritenere estese le obbligazioni di cui al presente patto anche alla eventuale ditta subappaltatrice.
- h) Di attestare ai fini della applicazione dell'art 53 comma 16 ter, del decreto legislativo n. 165 del 2001, di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti della Amministrazione che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti, per il triennio successivo alla cessazione del loro rapporto di lavoro con la AOEC.
- i) Di non essere a conoscenza ai fini dell'applicazione dell'art. 1, comma 9, lettera e), della legge 190/2012, di rapporti coniugali, di parentela, o affinità, né lui né i propri dipendenti, con i dipendenti della AOEC deputati alla trattazione del procedimento.

Articolo 2 - Obblighi della Azienda Ospedaliera Cannizzaro

L'Azienda si obbliga a far rispettare ai propri dipendenti e ai propri collaboratori a qualsiasi titolo i principi di trasparenza e integrità già disciplinati dal codice di comportamento, nonché le misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT e gli obblighi di pubblicazione dei documenti, atti e informazioni afferenti le procedure in oggetto.

Per la parte di propria competenza **il RUP ed il DEC sono impegnati:**

- a fornire risposta in forma scritta al concorrente/contraente che ha formulato la segnalazione riguardo a qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità, distorsione;
- a informare gli altri partecipanti alla procedura di gara della segnalazione pervenuta e della risposta fornita;
- nel caso la segnalazione risulti fondata, a provvedere tempestivamente all'adozione di necessari provvedimenti consequenziali, al fine di evitare ogni possibile controversia che possa pregiudicare l'attività e gli interessi della Azienda Ospedaliera per L'Emergenza Cannizzaro e a garantire la tutela della concorrenza e la trasparenza della azione amministrativa.

Articolo 3 - Violazioni del Patto di integrità

La violazione del patto di integrità è dichiarata in seguito ad un procedimento di verifica in cui verrà garantito adeguato contraddittorio con l'operatore economico interessato. Nei confronti dell'operatore economico che risulti avere violato uno degli impegni previsti dal presente patto potrà essere applicata, in ragione della gravità della infrazione commessa, una o più delle seguenti sanzioni:

- esclusione dalla procedura di affidamento
- escussione della cauzione provvisoria ;
- risoluzione del contratto
- escussione di cauzione definitiva di buona esecuzione del contratto
- segnalazione all'ANAC/Osservatorio delle imprese per l'eventuale sanzione della esclusione dalla partecipazione a procedure di affidamento di lavori, beni e servizi indette dalla Azienda

Articolo 4 - Efficacia del patto di integrità

Il contenuto del Patto di integrità e le relative sanzioni resteranno in vigore sino alla completa esecuzione del contratto. Il presente Patto può essere integrato dagli eventuali futuri Patti di integrità sottoscritti da questa Azienda

Articolo 5 - Autorità competente in caso di controversia

Ogni controversia relativa alla interpretazione e all'esecuzione del presente patto di integrità tra l'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro e gli operatori economici concorrenti e tra gli stessi concorrenti, sarà, se del caso, risolta dalla Autorità Giudiziaria competente.

**D. Regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito
(whistleblower)**

**REGOLAMENTO PER LA TUTELA
DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA
SEGNALAZIONI DI ILLECITO
(WHISTLEBLOWER)**

Indice

Premesse

Art. 1 Oggetto della segnalazione

Art. 2 Contenuto della segnalazione

Art. 3 Segnalazioni anonime

Art. 4 Anonimato del segnalante

Art. 5 Tempi delle segnalazioni

Art. 6 Gestione delle segnalazioni

Art. 7 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito

Art. 8 Obblighi di tutto il personale

Art. 9 Sottrazione al diritto di accesso

Art. 10 Conservazione e catalogazione delle segnalazioni

Art. 11 Attività di sensibilizzazione

Art. 12 Diffusione del Regolamento

Premesse

Il termine “whistleblower” è comunemente riferito al lavoratore che, nello svolgimento della propria attività, rilevata una *possibile frode*, un *pericolo* o un *altro serio rischio* che possa danneggiare clienti, colleghi, azionisti, il pubblico o la stessa reputazione dell’impresa/ente pubblico/fondazione, decide di segnalarla.

Il termine “whistleblowing” è invece riferito allo strumento per garantire un’informazione tempestiva in merito ad eventuali *tipologie di rischio* (frodi ai danni o ad opera dell’organizzazione, negligenze, illeciti, minacce).

La recente normativa sulla prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione introduce il “whistleblowing” quale strumento di supporto all’anticorruzione all’interno delle Pubbliche Amministrazioni (P.A.), infatti, il dipendente è tenuto a riferire al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

La segnalazione del whistleblower va considerata, quindi, quale comportamento positivo del dipendente.

Con L. 6 novembre 2012 n. 190, pubblicata sulla Gazzetta ufficiale n. 265 del 13 novembre 2012, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" all'art. 1, comma 51 è inserito l'art. 54-bis del D.lgs 165/2001 titolato “Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti, che, a seguito di ulteriore modifica di cui alla L. 11 agosto 2014, n. 114 dispone:

1. *Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti o all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.*
2. *Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.*
3. *L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della funzione pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.*
4. *La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni”.*

Art. 1

Oggetto della segnalazione

Nella definizione di corruzione sono comprese, oltre all’intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l’inquinamento dell’azione amministrativa.

Le segnalazioni dei whistleblowers possono essere di varia natura e riguardare:

- reati
- violazione di una legge o di un regolamento
- violazione dei codici di comportamento o di altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare
- irregolarità nei procedimenti
- frodi interne
- un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite

- l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo
- qualunque azione che possa arrecare un danno patrimoniale
- qualunque azione che possa arrecare un danno all'immagine dell'Azienda Ospedaliera
- qualunque azione che possa arrecare un danno alla salute dei dipendenti e utenti

Le segnalazioni non possono avere ad oggetto rimozioni di carattere personale e/o istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro o del rapporto gerarchico o con i colleghi.

Art. 2

Contenuto della segnalazione

La segnalazione deve avere un grado di completezza ed esaustività più ampia possibile e contenere quindi tutti gli elementi conosciuti e necessari all'accertamento del fatto denunciato, delle responsabilità, nonché di tutti gli ulteriori elementi, anche documentali, in possesso. Quanto precede anche con specifico riferimento alla determinazione economica dell'eventuale danno subito dall'Azienda.

La segnalazione deve:

- indicare le generalità del soggetto che effettua la segnalazione cui è garantito l'anonimato ai sensi del successivo art. 5
- contenere l'indicazione del fatto o del comportamento anche omissivo da denunciare
- indicare il/i nominativo/i di colui o coloro cui potrebbe essere presuntivamente imputato l'evento lesivo
- descrivere il comportamento dannoso e/o il procedimento amministrativo eventualmente seguito;
- indicare la quantificazione dell'eventuale danno economico subito dall'Azienda ovvero se tale elemento non sia determinabile esattamente nel suo ammontare, i dati in base ai quali emerga l'esistenza dello stesso, benché ne sia incerta la quantificazione

Le segnalazioni riguardanti il Superiore Gerarchico o Funzionale dovranno essere inviate direttamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Art. 3

Segnalazioni anonime

La tutela dell'anonimato prevista dalla L. 190/2012 è riferita al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili

L'amministrazione, tuttavia, potrà prendere in considerazione anche le segnalazioni anonime, ove queste si presentino adeguatamente circostanziate e siano tali da far emergere fatti e situazioni determinati per i quali esiste un sospetto di corruzione.

Art. 4

Anonimato del segnalante

Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante deve essere protetta da chiunque riceva o venga a conoscenza della segnalazione e da coloro che successivamente venissero coinvolti nel processo di gestione della segnalazione e può essere rivelata solo con il consenso del segnalante.

Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'inculpato.

Le disposizioni a tutela dell'anonimato e di esclusione dell'accesso documentale non possono essere riferibili a casi in cui, in seguito a disposizioni di legge speciale, l'anonimato non può essere opposto (ad esempio indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni, ecc.).

La violazione delle norme relative alla tutela del segnalante potrà comportare l'irrogazione di sanzioni disciplinari, salva l'eventuale responsabilità civile e penale dell'agente.

Art. 5

Tempi delle segnalazioni

La segnalazione deve essere tempestiva, completa ed esaustiva per consentire un'adeguata ed immediata istruttoria da parte degli organi competenti dell'Amministrazione.

Art. 6

Gestione delle segnalazioni

Le segnalazioni possono essere effettuate:

- 1 - all'Autorità giudiziaria
- 2 - alla Corte dei conti
- 3 - al superiore gerarchico/funzionale
- 4 - al Responsabile della prevenzione della corruzione

Il superiore gerarchico/funzionale dovrà trasmettere la segnalazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione provvederà:

- al protocollo riservato della segnalazione
- ad una prima valutazione/istruttoria della segnalazione
- ad acquisire eventuali pareri e/o informazioni,

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, quindi, in relazione alla natura dei fatti accertati provvederà a comunicare l'esito:

- Alla Direzione Aziendale
- All'Ufficio per i procedimenti disciplinari competente
- All'Autorità Giudiziaria, Corte dei Conti o ANAC

Art. 7

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito

Ai sensi dell'art. 54-bis, comma 1, del d.lgs. 165/2001 il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

La tutela prevista dalla norma è circoscritta all'ambito della pubblica amministrazione.

Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili quali il demansionamento, il trasferimento, le mancate promozioni, il mobbing e qualsiasi altra azione od omissione che incida negativamente sulla sfera lavorativa del dipendente.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

A seguito della segnalazione del dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, il Responsabile per la prevenzione della corruzione valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto:

- alla Direzione Aziendale
- al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la discriminazione; il dirigente valuta tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa e la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione
- all'U.P.D. per l'avvio dei procedimenti disciplinari di propria competenza nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione
- al Dipartimento della funzione pubblica che valuta la necessità di avviare un'ispezione al fine di acquisire ulteriori elementi per le successive determinazioni.

Nei casi, tuttavia, in cui la segnalazione riporti informazioni false o nel caso in cui sia stata resa con dolo o colpa grave, le tutele previste all'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 (ivi inclusa la garanzia della riservatezza dell'identità) cessano i propri effetti.

Art. 8

Obblighi di tutto il personale

Tutto il personale dipendente o che svolge, a qualsiasi titolo, attività nell'Azienda Ospedaliera è tenuto a garantire la massima collaborazione al Responsabile per la prevenzione della corruzione nell'espletamento dell'attività istruttoria.

Il dipendente che, essendo a conoscenza per ragioni di ufficio o di servizio di informazioni rilevanti per l'accertamento dei fatti segnalati, rifiuta, senza giustificato motivo, la collaborazione richiesta dal Responsabile della prevenzione della corruzione ovvero rende dichiarazioni false o reticenti è soggetto all'applicazione di sanzioni disciplinari, fatta salva la trasmissione all'Autorità Giudiziaria in presenza di circostanze penalmente rilevanti.

Art. 9

Sottrazione al diritto di accesso

Il documento, inteso quale atto di segnalazione, non può essere oggetto di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

Art. 10

Conservazione e catalogazione delle segnalazioni

Le segnalazioni pervenute, i relativi atti istruttori e tutta la documentazione di riferimento, dovranno essere conservate e catalogate in apposito archivio debitamente custodito.

Nella relazione annuale sull'attuazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione, il Responsabile per la prevenzione della corruzione provvederà a informare ed evidenziare le criticità riscontrate nell'applicazione del Regolamento, il numero e l'esito dei casi gestiti.

Art. 11

Attività di sensibilizzazione

La tutela dei denunciante dovrà essere supportata da un'efficace attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite.

Tali attività dovranno essere esplicitate nel Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e verificate.

Art. 12

Diffusione del Regolamento

Il Responsabile per la prevenzione dell'anticorruzione assicura la diffusione del presente regolamento a tutti i dipendenti mediante la pubblicazione sul sito internet aziendale e sull'intranet aziendale.

Il Commissario Straordinario

Dott. Salvatore Giuffrida

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Rosaria D'Ippolito

Il RPCT

Dott.ssa Mirella Cannada