





REGIONE SICILIANA
Assessorato alla Salute

AZIENDA OSPEDALIERA CANNIZZARO



OSPEDALE CANNIZZARO
AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA







DIPARTIMENTI:
Emergenza
Servizi Sanitari
Tecnologie Avanzate
Medico
Chirurgico
Materno-infantile
Neuroscienze

WWW.AOCANNIZZARO.IT

 [OSPEDALECANNIZZARO](https://www.facebook.com/OSPEDALECANNIZZARO)





Piano triennale di prevenzione della corruzione 2020-2022

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

*Ai sensi della Legge 190/2012,
dell'aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione
e del PNA Sanità 205 e 2016*

INDICE

1. Premessa.....	2
2. Ambiti e limiti.....	5
2.1 Definizione di corruzione.....	5
2.2 Normativa di riferimento.....	5
2.3 Ruolo propulsivo dell'Assessorato Regionale della Salute.....	7
2.4 Ruolo del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT).....	9
2.5 Individuazione dei referenti del RPCT.....	12
3. Obiettivi, soggetti e strumenti.....	13
3.1 Soggetti coinvolti.....	14
3.2 Il procedimento di formazione del Piano.....	14
3.3 Strumenti previsti.....	23
3.4 Collegamenti con il Piano della Performance e altri documenti di pianificazione.....	23
3.5 Protezione dei dati personali e rapporto con l'Anticorruzione.....	24
4. Analisi del contesto.....	24
4.1 Contesto interno.....	25
4.2 Contesto esterno.....	32
5 Aree di rischio generali.....	35
5.1 Contratti pubblici e procedure di gara.....	35
5.2 Area legale sinistri: monitoraggio.....	37
5.3 Area Personale: incarichi e nomine.....	41
5.4 Gestione entrate, spese e patrimonio.....	43
6 Aree di rischio specifiche.....	44
6.1 Attività Libero Professionale Intramuraria.....	44
6.2 Stato dell'informatizzazione e CUP.....	47
6.3 Farmacia: audit processo acquisti.....	48
6.6 Rischio Clinico.....	49
6.7 Attività post-decesso.....	50
6.8 Altri aspetti in sanità: comitati etici.....	51
7. Analisi dei rischi e mappatura dei processi.....	51
7.1 Attività di controllo in ambito P.A.C.....	52
7.2 Piano delle attività di Audit.....	54
7.3 Risk Assessment.....	61
8 Misure previste e attuate.....	63
8.1 Formazione.....	63
8.2 Codice etico-comportamentale.....	65
8.3 Rotazione degli incarichi.....	67
8.4 Trasparenza e accesso civico.....	71
8.5 Conflitto di interessi.....	77
8.6 Monitoraggio appalti di servizi e forniture.....	80
8.7 Monitoraggio lavori.....	83
8.8 Attività ed incarichi extra-istituzionali.....	85
8.9 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors).....	86
8.10 Inconferibilità e incompatibilità nel conferimento d'incarichi dirigenziali.....	89
8.11 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.....	90
8.12 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).....	92
8.13 Nomina responsabile anti-riciclaggio.....	93
8.14 Nomina responsabile RASA.....	93
8.15 Patto di integrità.....	94
ALLEGATI.....	95
A) Codice etico-comportamentale dei dipendenti.....	95
B) Regolamento per il diritto d'accesso civico ai documenti amministrativi.....	109
C) Patto di integrità.....	114
D) Regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).....	117
E) Regolamento per la gestione dei pazienti deceduti in Ospedale.....	122

1. Premessa

Questa Azienda riconosce fra i propri obiettivi prioritari quello di attuare un modello di amministrazione trasparente che faciliti il controllo dell'operato da parte dei cittadini e renda visibile l'azione amministrativa.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione per il periodo 2020-2022 è redatto in attuazione della legge n. 190 del 6 novembre 2012 e ss.mm.ii. e in ottemperanza alle disposizioni in materia richiamate nel presente piano. Si prende atto che con determinazione n. 1064 del 13 novembre 2019 il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato in via definitiva il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 che rivede e consolida: *“in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni date fino ad oggi, integrandole con orientamenti maturati nel corso del tempo e che sono stati oggetto di appositi atti regolatori”*.

Il Consiglio ha scelto di: *“semplificare il quadro regolatorio al fine di agevolare il lavoro delle pubbliche amministrazioni...”*. L'Autorità sottolinea che gli approfondimenti su specifici settori e materie sono ancora validi, restano punto di riferimento per le Aziende Ospedaliere e Sanitarie:

- l'Aggiornamento PNA 2015 di cui alla determinazione n.12 del 28 ottobre 2015
- l'Aggiornamento PNA 2016 di cui alla delibera n. 831 del 3 agosto 2016

L'Autorità si riserva in materia di Contratti Pubblici di adeguare l'Aggiornamento PNA 2015 alla disciplina introdotta dal Decreto Legislativo 18 aprile 2016 n. 50.

Nel Piano sono previste misure oggettive di prevenzione: rotazione del personale, controlli, trasparenza e formazione. Il PNA 2019 mira ad ottimizzare le risorse e a non appesantire attraverso duplicazioni di atti la Pubblica Amministrazione, ed a unificare i vari processi dell'amministrazione. A tal fine si suggerisce la coerenza con gli strumenti presenti in Azienda, per esempio tra il Piano della Performance e quello dell'Anticorruzione.

Il recente PNA (Piano Nazionale Anticorruzione 2019) prevede il coinvolgimento della società civile e delle organizzazioni portatrici di interessi collettivi al fine di tutelare i diritti dei cittadini che diventa uno degli obiettivi fondamentali perseguiti dal legislatore. Uno dei principali caposaldi del Piano e di rilevante innovazione è contenuto nell'allegato 1 intitolato: *“Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi”*.

Come evidenziato nelle premesse l'allegato diventa *“l'unico documento metodologico da seguire per la predisposizione dei Piani Triennali...”* Per valutare il rischio corruttivo occorre un *“approccio flessibile e contestualizzato”*.

Spetta al RPCT il ruolo di coordinamento del processo, e a tal fine sono coinvolti come attori principali nella gestione del rischio i soggetti interni ed esterni che a vario titolo fanno parte dell'Amministrazione, al fine di dare un supporto concreto. La parola chiave del documento diventa **approccio valutativo**. Brevemente il PNA suggerisce per la descrizione dei processi di utilizzare tre fasi costituite da: **Input** (Elementi che innescano il processo), per esempio si sostanzia dalla istanza da parte dei cittadini. La seconda fase è costituita dalle **attività atte a svolgere l'azione** da parte della Pubblica amministrazione per dare una risposta all'istanza, infine l'ultima fase definita **Output** costituisce il risultato del processo.

Sebbene in questo piano sono contenuti argomenti già ampiamente trattati nei documenti prodotti dall'ANAC, in quest'ambito sono rivisitati, ampliati, in una visione di ottimizzazione delle risorse. La materia dell'Anticorruzione è un *“work in progress”*. Proprio perché recente e magmatica necessita di nuovi sviluppi e di continuo raffronto con il presente, che diventa fonte di confronto e di

nuovi spunti e segnali che vanno interpretati e arginati qualora siano espressione di comportamenti non consoni alle norme giuridiche e sociali di buon andamento della cosa pubblica.

Si consolida in questi ultimi anni un modello di amministrazione in nuce negli anni novanta, la cui prima espressione è stata la legge 241 del 1990, che pone il cittadino al centro dell'azione amministrativa, una Pubblica Amministrazione tesa ad erogare servizi, ad evitare gli sprechi, ed a dare risposte che diventano gli output del processo. Si consolida un modello virtuoso in cui tutti i gangli delle singole branche degli uffici e dei settori sono collegati attraverso un processo unico.

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 dei Piani 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 del Responsabile con altri organi dell'Amministrazione e con l'Anac (al quale è dedicato l'allegato 3 del PNA) intitolato: "Riferimenti normativi sul ruolo e sulla funzione del RPCT".
- 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);

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 2020 -2022, vengono in modo particolare ancora una volta richiamati nuovi contenuti relativi al trattamento dei dati, alla luce delle disposizioni introdotte dal citato Regolamento UE cosiddetto "GDPR" (General Data Protection Regulation) e del D.Lgs 101/2018 di adeguamento della disciplina italiana al Regolamento Europeo. 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 che rilevano ai nostri fini, sarà in certa misura trattato anche in questa sede.

Pur ritenendo di avere conseguito apprezzabili progressi nell'elaborazione del Piano, questa Amministrazione individua la possibilità di migliorare la fase della mappatura dei processi e della analisi dei rischi. D'altronde, la stessa Autorità ha riconosciuto in passato che *«l'esperienza maggiormente positiva è stata quella delle aziende sanitarie, che hanno sperimentato un trend crescente in quasi tutti i punti esaminati»*, probabilmente frutto anche dell'attenzione dedicata – appunto – nell'approfondimento condotto con AGENAS e Ministero nel corso del 2015 e 2016.

Alla luce dei *“principi strategici”* e dei *“principi metodologici”* contenuti nel PNA 2019, questo PTPC ha previsto:

- un più diretto e aperto coinvolgimento della Direzione Strategica che assumerà come recita il PNA: *“un ruolo proattivo nelle strategie del rischio corruttivo e contribuire allo svolgimento di un compito tanto*

importante quanto delicato anche attraverso la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole che sia di reale supporto al RPCT”;

- *“Per promuovere una cultura organizzativa della gestione del rischio e una responsabilizzazione diffusa”* saranno coinvolte le Unità Operative e i Settori dell’Azienda.
- Per attuare *i Principi metodologici e non attuare in modo formalistico* la gestione del rischio e realizzarlo in maniera sostanziale sarà adeguato alle specificità del contesto esterno ed interno
- *Selettività*: al fine di evitare di trattare il rischio in modo generico saranno programmati interventi specifici
- *Integrazione*: per attuare la gestione del rischio sarà realizzato un più esplicito e chiaro coordinamento con gli altri strumenti programmatici, in particolare con il Piano della Performance. Secondo il Piano della Performance 2020/2022 adottato da questa Azienda: “ogni obiettivo strategico è articolato in obiettivi operativi”. Nella Area strategica 3 Governo dei Processi, negli obiettivi strategici in riferimento all’obiettivo punto 3.2.5 che prevede: Gli adempimenti connessi all’area della trasparenza e dell’anticorruzione i risultati attesi sono:
 - Implementazione e attuazione delle azioni relative all’applicazione del regolamento europeo sulla Privacy
 - Aggiornamento costante del sito web aziendale con riferimento alla struttura e alle attività delle UU.OO.
 - Attuazione e attività connesse alla prevenzione del rischio corruttivo attraverso l’individuazione di un referente e la compilazione di un questionario
- *Miglioramento ed apprendimento continuo*. La gestione del rischio, si sostiene nel PNA 2019, è un processo di miglioramento continuo che è attuato attraverso il monitoraggio periodico.
- *Effettività*. Per ridurre il livello di esposizione del rischio: *“occorre privilegiare misure specifiche”* che semplificano le procedure e fondamentalmente siano atte a: *“sviluppare una cultura organizzativa basata sulla integrità”*.
- *Orizzonte del valore pubblico*. “La gestione del rischio deve contribuire alla generazione di valore pubblico, inteso come miglioramento del benessere delle comunità di riferimento delle pubbliche amministrazioni, mediante la riduzione del rischio di erosione del valore pubblico a seguito di fenomeni corruttivi”.
- una precisa individuazione dei soggetti chiamati a collaborare attivamente con il RPCT, nella rispettiva area di competenza, identificati quali “Referenti Anticorruzione”
- una più specifica attenzione alla mappatura dei processi e alle misure di gestione del rischio, al fine di esplicitare effettivi e concreti strumenti di contrasto della corruzione alla luce del nuovo: ***approccio valutativo***
- un’elaborazione dell’analisi del contesto interno ed esterno più articolata, tendenzialmente non limitata, cioè, alla rilevazione degli elementi significativi, ma bensì finalizzata all’interpretazione di questi ai fini dell’individuazione e della gestione del rischio corruttivo;
- la specificazione dei soggetti coinvolti e dei tempi richiesti per la pubblicazione dei contenuti della sezione “Amministrazione Trasparente” soggetti agli obblighi di cui al D. Lgs 33/2013 e al D. Lgs 97/2016.

In aderenza alle indicazioni contenute già nel PNA 2016 e ribadite nell’attuale , questo PTPC non è corredato dall’allegato “Programma Triennale per la trasparenza e l’integrità”: l’individuazione delle modalità di attuazione effettiva della trasparenza è infatti contenuta non in un separato atto, ma

all'interno del PTPC, nel paragrafo intitolato "Trasparenza e accesso civico" e nell'allegato Regolamento per il diritto d'accesso ai documenti amministrativi..

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

Il **PNA 2019** cita la Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione (UNCAC), adottata a Merida dall'Assemblea generale il 31 ottobre 2003 e ratificata dallo Stato italiano dalla legge 3 agosto 2009, n.116, secondo cui la corruzione risulta in **"comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno) dai propri doveri d'ufficio, cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli"**.

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
- Circolare emanata dell'Assessore della Salute della Regione Siciliana :Atto di indirizzo per l'adeguamento dei piani triennali Anticorruzione delle Aziende e degli Enti del SSN in rapporti con fornitori e aziende farmaceutiche” (Prot n. 19302 del 04/03/2019)
- Circolare emanata dell'Assessore della Salute della Regione Siciliana “Ulteriori misure in materia di anticorruzione per le Aziende del SSN” (Prot. n. 25687 del 25/03/2019).
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) approvato in via definitiva dal Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione con determinazione n. 1064 del 13 novembre 2019.

2.3 Ruolo propulsivo dell'Assessorato Regionale della Salute

In premessa occorre ricordare che fra gli Obiettivi Generali assegnati nel contratto di lavoro al Direttore Generale, in data 21 maggio 2019, dalla Regione siciliana al punto C ci sono: *“l'osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione, con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità nonché degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n.97, al fine di rendere i dati pubblici di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico”*.

L'attuale Assessore alla Salute della Regione Siciliana, Avv. Ruggero Razza, ha dato un determinante impulso alla prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attraverso l'emanazione di due circolari: *“Atto di indirizzo per l'adeguamento dei piani triennali Anticorruzione delle Aziende e degli Enti del SSN in rapporti con fornitori e aziende farmaceutiche”* (Prot n. 19302 del 04/03/2019) e *“Ulteriori misure in materia di anticorruzione per le Aziende del SSN”* (Prot. n. 25687 del 25/03/2019). In ottemperanza alle disposizioni assessoriali brevemente si illustrano le **misure** adottate dall'Azienda per rendere operative le direttive contenute nelle note citate note.

L'Assessorato ha ritenuto necessario suggerire alle Aziende di: *“porre particolare attenzione ai rapporti che insorgono tra il personale della Azienda ed i soggetti portatori di interessi nei settori delle forniture di dispositivi sanitari/ medicali e di prodotti farmaceutici”* (Prot n. 19302 del 04/03/2019).

Attraverso la delibera n.1035 del 02/05/2019 sono stati approvati sei modelli di seguito riportati, atti a disciplinare l'accesso nell'Azienda degli informatori farmaceutici e provide, la partecipazione dei dipendenti ad eventi e le Convenzioni con gli associati.

I modelli sono stati pubblicati sul sito aziendale alla voce: SERVIZI – MODULISTICA AUTORIZZATIVA.

MODELLO A RICHIESTA ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI
(VALIDITA' UN ANNO SOLARE DALLA DATA DI AUTORIZZAZIONE)

MODELLO B ISTANZA DI SPONSORIZZAZIONE REDATTA DA
OPERATORE ECONOMICO ED ATTINENTE A INVITO AD EVENTI DI
DIPENDENTI DELLA AOEC

MODELLO C RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE FORMULATA DA
DIPENDENTI E FINALIZZATA ALLA PARTECIPAZIONE AD EVENTI
SENZA ONERI A CARICO DELL'AZIENDA

MODELLO D RICHIESTA DI INVITO DA PARTE DI PROVIDER A
PARTECIPAZIONE AD EVENTI SENZA ONERI A CARICO
DELL'AZIENDA

MODELLO E AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER
L'ESPLETAMENTO DI INCARICO OCCASIONALE AI SENSI DELL'ART . 53
DEL D.LG n. 165 DEL 30/03/2001 S.M.I.

MODELLO F RICHIESTA DI CONVENZIONE DA PARTE DI
ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO/ONLUS PER
ATTIVITA'ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI

MODELLO G RICHIESTA DI CONVENZIONE DA PARTE DI
STRUTTURE/ASSOCIAZIONI SANITARIE NON ACCREDITATE CON IL
SSN E CON SSR

Altra iniziativa intrapresa per aderire al dettato assessoriale (nota n. 25687 del 25/03/2019) è stata la: *“Costituzione del Comitato di valutazione dei conflitti”*, atto a valutare i casi di maggiore complessità, del quale si è preso atto con deliberazione n. 2271 del 21/08/2019. Le figure professionali individuate sono quelle della Direttiva Assessoriale, qui di seguito indicate:

- un Dirigente dell'area dei servizi legali
- un dirigente delle risorse umane (autorizzazioni extra-istituzionali)
- un dirigente della farmacia
- il Risk Manager

- un Dirigente della Direzione Sanitaria
- un Dirigente esperto in sperimentazioni cliniche

Pertanto in questa Azienda sono stati nominati:

- Dott. Carmelo Leocata Funzionario Amministrativo Servizio Legale
- Dott.ssa Maria Spampinato Dirigente Amministrativo Settore del Personale
- Dott.ssa Agata La Rosa Direttore del Servizio di Farmacia
- Dott.ssa Anna Maria Longhitano Dirigente Medico Direzione Sanitaria Risk Manager
- Dott.ssa Teresa Travaglianti Dirigente Farmacista esperto in sperimentazioni cliniche.

Ancora nel rispetto della legge n. 179 emanata il 30 novembre 2017 , ed al Piano Nazionale Anticorruzione 2020/2021, che al capitolo 8.11: “*Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)*”, hanno previsto l’adozione di uno strumento informatico whistleblowing, e hanno introdotto specifici obblighi per le Pubbliche Amministrazioni, tra cui l’utilizzo di modalità anche informatiche e il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell’identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione, l’Azienda ha aderito alla piattaforma Whistleblowing PA, sistema digitale gratuito promosso da Transparency International e dal Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani Digitali (www.whistleblowing.it) con l’assistenza gratuita della ditta Net.Service s.r.l., alla quale è stata assegnata con deliberazione 1632 del 20/06/2019 la manutenzione ordinaria ed evolutiva su applicativi web e Gestione Amministrazione Trasparente ai sensi del D. Lgs n.97/2016 e delle indicazioni Agid.

Per ottemperare alle direttive assessoriali con nota n. 6405 del 09/04/2019 è stata diramata a tutti i Direttori delle UU.OO.CC. il modulo allegato alla nota assessoriale prot. N. 19302 del 04/03/2019, in materia di conflitto di interesse. Il Direttore Generale e il RPCT hanno richiesto ai Direttori di trasmettere: “*La dichiarazione Pubblica di Interesse dei Professionisti*” a tutti i dirigenti medici al fine della compilazione.

Tenuto conto la direttiva assessoriale citata (25687/2019 aveva previsto il Regolamento per le sperimentazioni cliniche L’Azienda in ragione del fatto che la ricerca clinica rappresenta uno degli obiettivi da perseguire come finalità istituzionale, con deliberazione n. 3085 del 12/11/2019 ha adottato il “Regolamento per la conduzione della sperimentazione di FASE II, III; e IV all’interno dell’ Azienda Ospedaliera per l’Emergenza Cannizzaro”.

Occorre infine ricordare che con Decreto Assessoriale n. 992/2019 del 23 maggio 2019 è stato costituito il “*Coordinamento dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende e degli Enti del SSR*”.

2.4 Ruolo del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT)

In questa Azienda ospedaliera il ruolo della Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza era già stato affidato a un unico soggetto, prima che entrasse in vigore il d.lgs 97/2016, che ha stabilito di unificare le due figure in un unico soggetto.

Infatti la dott.ssa Mirella Cannada è stata nominata Responsabile della Prevenzione e della Corruzione– ai sensi dell’art. 1 comma 7 della legge 6 novembre 2012 n.190 - con deliberazione n. 112/CS del 18/01/2013 e successivamente è stato nominata Responsabile della trasparenza giusta deliberazione n. 1795/CS del 12/07/2013.

Recentemente con deliberazione n. 171 del 20 gennaio 2020 è stata confermata la nomina alla suddetta dirigente per la durata di tre anni fino al 31/01/2023.

Nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019, adottato dall'ANAC con Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 che come testualmente recita il testo: **“Per il PNA 2019-2021 il Consiglio dell'Autorità ha deciso di concentrare la propria attenzione sulle indicazioni relative alla parte generale del PNA, rivedendo e consolidando in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni date fino ad oggi, integrandole con orientamenti maturati nel corso del tempo e che sono stati già oggetto di appositi regolatori.”**

Il PNA citato dedica al *“Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)”* sia la parte IV del piano che l'Allegato 3: *“Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)”*; l'Autorità ha anche emanato in merito la delibera n. 840 del 2 ottobre 2018.

Nel PNA citato l'Autorità, sottolinea tra l'altro che la figura del RPCT debba possedere una: *“...Adeguata conoscenza della organizzazione e del funzionamento dell'amministrazione, che sia dotato di autonomia valutativa, che non sia in una posizione che presenti profilo di conflitto di interessi, e scelto, di norma, tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgono attività di gestione e di amministrazione attiva”*. L'Autorità precisa che il Responsabile dell'anticorruzione non sia scelto: *“tra i dirigenti assegnati a uffici che svolgono attività nei settori più esposti al rischio corruttivo, come l'ufficio contratti o quello preposto alla gestione del patrimonio”* L'ANAC mira ad escludere l'eventualità che il Responsabile anticorruzione ricopra il ruolo di componente o presidente dell'OIV (Organismo indipendente di valutazione). Ancora l'Autorità ha ritenuto non opportuno attribuire il ruolo di RPCT agli avvocati iscritti all'Albo speciale delle amministrazioni degli enti pubblici ai sensi dell'art. 23 della legge 31 dicembre 2012 n. 247.

Un paragrafo è dedicato: *“Ai requisiti soggettivi: la condotta integerrima”*. L'autorità ha finora ritenuto che il RPCT: *“debba essere selezionato tra quei soggetti che abbiano dato dimostrazione nel tempo di comportamento integerrimo e non siano stati destinatari di provvedimenti giudiziari di condanna, né di provvedimenti disciplinari”*. Sostanzialmente il RPCT deve essere una figura in grado di: *“garantire la stessa buona immagine e il decoro dell'amministrazione”*. L'autorità, dopo aver richiamato la delibera ANAC n. 215/2019, dichiara che devono essere considerate tra le cause ostative alla nomina e al mantenimento dell'incarico di RPCT: *“tutti i casi di rinvio a giudizio e le condanne in primo grado per i reati presi in considerazione nel decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, art. 7, co. 1 lett. da a) a f) nonché quelle per i reati contro la pubblica amministrazione, e in particolare, almeno quelli richiamati dal d.lgs 39/2013 che fanno riferimento al titolo II, Capo I “Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione”*

L'Autorità, in caso di condanne erariali, ritiene: *“come precisato nella delibera n.650 del 17 luglio 2019... che una condanna anche non definitiva, da parte della Corte dei Conti per comportamento doloso incida sul requisito della condotta integerrima del RPCT, ai fini del conferimento e/o del mantenimento dell'incarico”*. E' utile sottolineare che nel caso di condanne già in primo grado del giudice civile e del giudice del lavoro, secondo l'Anac: *“spetta all'Amministrazione valutare e nominare in sede di nomina di revoca se tali condanne possono ostare al possesso del requisito della condotta integerrima...”*

Altro paragrafo fondamentale concerne il *“Supporto operativo dato al RPCT”*, nel quale si sostiene: *“E'... altamente auspicabile... che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere. ... che vengano assicurati al RPCT poteri effettivi, preferibilmente con una specifica formalizzazione dell'atto di nomina, di interlocuzione nei confronti di tutta la struttura, sia nella fase di predisposizione del RPCT e delle misure sia in quelle del controllo sulle stesse”*

Pertanto secondo L'Autorità **“appare necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT”**. Ancora: **“Questa struttura, che potrebbe anche non essere dedicata a tale scopo, può, in una necessaria logica di**

integrazione delle attività, essere a disposizione di chi si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione... A tale riguardo è opportuno prevedere un'integrazione di differenti competenze multidisciplinari di supporto al RPCT".

Ancora alla luce dell'art. 1 comma 9, legge 190/2012 è auspicabile che l'atto di nomina del RPCT: *"sia accompagnato da un comunicato in cui si invitano tutti i dirigenti ed il personale a dare la necessaria collaborazione al RPCT"*.

Ancora una volta l'Anac ribadisce che l'incarico al RPCT è aggiuntivo rispetto ad altri incarichi, il Responsabile dell'Anticorruzione svolge il proprio ruolo in condizioni di autonomia ed indipendenza. E' necessario che l'Amministrazione definisca la durata dell'incarico del Responsabile dell'anticorruzione e che essa sia correlata alla durata dell'incarico già assegnato.

Per quanto riguarda la disciplina della revoca dell'Incarico: *"Il legislatore ha inteso tutelare l'autonomia e l'indipendenza del RPCT anche con disposizioni atte ad impedire una revoca anticipata dell'incarico in funzione ritorsiva"*. Le disposizioni a riguardo sono contenute, nell'art. 1 comma 82, della legge 190/2012, nell'art 15 comma 3, del d.lgs 39/2013, senza tralasciare le modifiche apportate dal d.lgs 97/2016 che: *"hanno introdotto un dovere di segnalazione all'Anac anche di eventuali misure discriminatorie"*. Allo scopo di regolare la materia l'ANAC ha emanato il Regolamento del 18 luglio 2018: *"Sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione"*. Nel regolamento citato si evidenzia che: ***"in caso di revoca del RPCT le amministrazioni sono tenute a comunicare tempestivamente il provvedimento all'autorità"***.

Per quanto riguarda i compensi per l'attività svolta, al RPCT non può essere erogata alcuna ricompensa aggiuntiva: *"fatto salvo il solo riconoscimento, laddove sia configurabile, di eventuali retribuzioni di risultato legati all'effettivo conseguimento di precisi obiettivi di performance predeterminati"*.

Il PNA richiamato mette in risalto che il Responsabile dell'Anticorruzione debba essere nelle condizioni di : *"...esercitare poteri di programmazione, impulso e coordinamento"* e in questo processo devono essere ***coinvolti e responsabilizzati tutti coloro che, a vario titolo, partecipano dell'adozione e dell'attuazione delle misure di prevenzione*** .

"L'integrazione funzionale"

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 e della Trasparenza la cui elaborazione non può essere affidata a soggetti estranei all'amministrazione (art. 1 comma. 8 L. 190/2012 e ss.mm.ii.);
- 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 e della Trasparenza;
- 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 come stabilito dall'ANAC pubblica nel sito istituzionale dell'amministrazione la scheda per la predisposizione della Relazione annuale

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 PTPC 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 una figura che rappresenta un soggetto fondamentale nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Inoltre secondo le modifiche apportate dal D.Lgs.97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti della struttura. Si delinea, 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, a comunicare agli uffici preposti le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sulla osservanza del piano.

Il RPCT si obbliga, durante il triennio di vigenza del presente piano, ad elaborare misure e strategie preventive e a segnalare criticità o specifici tratti 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 pubblica sul sito web aziendale, nella sezione: “Amministrazione Trasparente” la documentazione che metta in atto e concretizza le linee guida emanate da parte dell'Anac. Affinché il suo mandato possa essere esplicato al meglio, tuttavia, è essenziale che tutte le UU.OO. e i Settori amministrativi e sanitari collaborino attivamente con il RPCT. E' opportuno che l'Azienda consenta al RPCT l'accesso a tutta la documentazione, garantendo che sia rispettato il segreto professionale e quello d'ufficio.

Per quanto riguarda in generale lo svolgimento del ruolo di RPCT, si sottolinea che in questa Azienda non si è verificato né l'isolamento della figura né la considerazione della predisposizione del P.T.P.C.T come mero adempimento.

In Sicilia come già evidenziato nella parte del Piano che riguarda l'impulso dato dall'Assessore Regionale della Salute, è stato costituito ex D.A. n.992/2019 il Comitato di Coordinamento dei RR.PP.CC.TT. che si è insediato a Palermo, presso la sede dell'Assessorato il 19 settembre 2019 e si è riunito una seconda volta in data 14/11/2019 presso la stessa sede.

Presidente del Coordinamento è stata nominata la dott.ssa Maddalena Samperi Dirigente Amministrativo della Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Catania.

2.5 Individuazione dei referenti del RPCT

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. 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 condizioni organizzative che possano dare luogo a casi di corruzione; il potenziamento delle: *“misure di ampio spettro che riducano, all’interno delle amministrazioni, il rischio che i pubblici funzionari adottino atti di natura corruttiva (in senso proprio)”* PNA 2019; la realizzazione 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, in sinergia al RPCT, sono:

- il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario;
- i dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- i referenti per l'anticorruzione
- 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.

Si premette che secondo il dettato della legge 190/2012, ribadito dal PNA 2019, *“l'attività di elaborazione del Piano, nonché delle misure integrative di del D.lgs231/2001, non può essere affidata a soggetti estranei all'amministrazione (art.1 comma 8), ma spetta al RPCT.... Lo scopo della norma è quello di considerare la predisposizione del PTPCT una attività da svolgere necessariamente da parte di chi opera esclusivamente all'interno di una amministrazione... perché presuppone una profonda conoscenza della struttura organizzativa, di come si configurano i processi decisionali (siano o meno procedimenti amministrativi) e della possibilità di conoscere quali profili di rischio sono coinvolti?”*

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 pubblicazione e 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.T..

3.2 Il procedimento di formazione del Piano

Questo PTPCT è stato redatto a seguito di coinvolgimento della Direzione Strategica, dei Dirigenti Area Amministrativi Tecnica Professionale e Sanitaria, dei Referenti del RPCT nelle modalità di seguito specificate.

Direzione Strategica.

- Dott. Salvatore Giuffrida, Direttore Generale dal 16/04/2019 giusto Decreto Assessorato Regionale della Salute n. 31890 del 15/04/2019 e giusta deliberazione n. 976 del 16 aprile 2019 precedentemente Commissario Straordinario dal 18-12-2018;

- Dott. Giuseppe Modica de Mohac Direttore Amministrativo dal 08 luglio 2019 giusta deliberazione n. 1718 dal 03 luglio 2019
- Dott.ssa Diana Cinà Direttore Sanitario dal 01/07/2019 giusta deliberazione n. 1676 del 24 giugno 2019
- Dott. Salvatore Torrisi Direttore del Dipartimento Amministrativo;

Figure professionali significative:

- Dott.ssa Mirella Cannada, Dirigente Amministrativo, Responsabile Anticorruzione e Trasparenza AOEC;
- Dott. Orazio Vecchio, collaboratore amministrativo professionale titolare del potere sostitutivo del Responsabile della Trasparenza Aziendale.

Dell'incontro è stato redatto apposito verbale in data 17/12/2019, che di seguito si riporta comprensivo dell'elenco dei partecipanti

REGIONE SICILIANA
AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA CANNIZZARO
CATANIA

VERBALE

L'Anno 2019 il giorno 17 dicembre 2019 alle ore 11.45 nei locali della sala riunioni del piano delle della Direzione Generale, al fine di predisporre il Piano Triennale Anticorruzione 2020/2021 da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza in ottemperanza alle disposizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 che testualmente recita: "... *Assicurare un pieno coinvolgimento e la partecipazione dei titolari degli uffici di diretta collaborazione e dei titolari di incarichi amministrativi di vertice*" , sono stati convocati nella sala riunioni della Direzione Amministrativa, (con nota prot. n.0019429 del 09/12/2019, a firma del Direttore Generale) i Direttori Amministrativo e Sanitario e Dipartimento Amministrativo, i Dirigenti Area Amministrativa, Tecnica e Professionale, i referenti dell'Anticorruzione per garantire un significativo apporto alla redazione del piano

Allegato alla presente il foglio con le firme dei presenti

Presiede i lavori il Direttore Generale dott. Salvatore Giuffrida.

Ad apertura della riunione il Direttore Generale sottolinea che l'Azienda riconosce fra i propri obiettivi prioritari quello di rendere visibile l'azione amministrativa e di attuare un modello di amministrazione trasparente che faciliti il controllo dell'operato da parte dei cittadini.

Chiede la parola ed interviene la dott.ssa Mirella Cannada, Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza. In premessa ricorda che fra gli Obiettivi Generali assegnati nel contratto di lavoro al Direttore Generale, in data 21 maggio 2019, dalla Regione siciliana al punto C ci sono: *"l'osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione, con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità nonché degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n.97, al fine di rendere i dati pubblici di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico"*. La Responsabile dell'Anticorruzione osserva che l'Assessore alla Salute della Regione Siciliana, Avv. Ruggero Razza, ha dato un forte impulso alla prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attraverso l'emanazione di due circolari: *"Atto di indirizzo per l'adeguamento dei piani triennali Anticorruzione delle Aziende e degli Enti del SSN in rapporti con fornitori e aziende farmaceutiche"* (Prot.n. 19302 del 04/03/2019) e *"Ulteriori misure in materia di anticorruzione per le Aziende del SSN"* (Prot. n. 25687 del 25/03/2019). La dirigente illustra brevemente ai presenti quali **misure** ha adottato l'Azienda per rendere operative le direttive assessoriali.

Attraverso la delibera n.1035 del 02/05/2019 sono stati approvati sei modelli di seguito riportati, atti a disciplinare l'accesso nell'Azienda degli informatori farmaceutici e provide, la partecipazione

dei dipendenti ad eventi e le Convenzioni con gli associati. I modelli sono stati pubblicati sul sito aziendale alla voce: SERVIZI – MODULISTICA AUTORIZZATIVA.

MODELLO A RICHIESTA ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI (VALIDITA' UN ANNO SOLARE DALLA DATA DI AUTORIZZAZIONE)

MODELLO B ISTANZA DI SPONSORIZZAZIONE REDATTA DA OPERATORE ECONOMICO ED ATTINENTE A INVITO AD EVENTI DI DIPENDENTI DELLA AOEC

MODELLO C RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE FORMULATA DA DIPENDENTI E FINALIZZATA ALLA PARTECIPAZIONE AD EVENTI SENZA ONERI A CARICO DELL'AZIENDA

MODELLO D RICHIESTA DI INVITO DA PARTE DI PROVIDER A PARTECIPAZIONE AD EVENTI SENZA ONERI A CARICO DELL'AZIENDA

MODELLO E AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER L'ESPLETAMENTO DI INCARICO OCCASIONALE AI SENSI DELL'ART. 53 DEL D.LG n. 165 DEL 30/03/2001 S.M.I.

MODELLO F RICHIESTA DI CONVENZIONE DA PARTE DI ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO/ONLUS PER ATTIVITA' ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI

MODELLO G RICHIESTA DI CONVENZIONE DA PARTE DI STRUTTURE/ASSOCIAZIONI SANITARIE NON ACCREDITATE CON IL SSN E CON SSR

Altra iniziativa intrapresa per aderire al dettato assessoriale (nota n. 25687 del 25/03/2019) è stata la Costituzione del Comitato di valutazione dei conflitti, atto a valutare i casi di maggiore complessità, del quale si è preso atto con deliberazione n. 2271 del 21/08/2019. Le figure professionali individuate sono quelle della Direttiva Assessoriale, ha spiegato ai presenti il Responsabile Anticorruzione qui di seguito indicate:

- Un Dirigente dell'area dei servizi legali
- Un dirigente delle risorse umane (autorizzazioni extra-istituzionali)
- Un dirigente della farmacia
- Il Risk Manager
- Un Dirigente della Direzione Sanitaria
- Un Dirigente esperto in sperimentazioni cliniche

Pertanto in questa Azienda sono stati nominati:

- Dott. Carmelo Leocata Funzionario Amministrativo Servizio Legale
- Dott.ssa Maria Spampinato Dirigente Amministrativo Settore del Personale
- Dott.ssa Agata La Rosa Direttore del Servizio di Farmacia
- Dott.ssa Anna Maria Longhitano Dirigente Medico Direzione Sanitaria Risk Manager
- Dott.ssa Teresa Travaglianti Dirigente Farmacista esperto in sperimentazioni cliniche

Ancora nel rispetto della legge n. 179 emanata il 30 novembre 2017, ed al Piano Nazionale Anticorruzione 2020/2021, che al capitolo 8.11: "Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)", hanno previsto l'adozione di uno strumento informatico di whistleblowing, e hanno introdotto specifici obblighi per le Pubbliche Amministrazioni, tra cui l'utilizzo di modalità anche informatiche e il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione, l'Azienda ha aderito alla piattaforma Whistleblowing PA, sistema digitale gratuito promosso da Transparency International e dal Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani Digitali (www.whistleblowing.it) con l'assistenza gratuita della ditta Net.Service s.r.l., alla quale è stata assegnata con deliberazione 1632 del 20/06/2019 la manutenzione ordinaria ed evolutiva su applicativi web e Gestione Amministrazione Trasparente ai sensi del D. Lgs n.97/2016 e delle indicazioni Agid;

Per ottemperare alle direttive assessoriali con nota n. 6405 del 09/04/2019 è stata diramata a tutti i Direttori delle UU.OO.CC. il modulo allegato alla nota assessoriale prot. N. 19302 del 04/03/2019, in materia di conflitto di



interesse. Il Direttore Generale e il RPCT hanno richiesto ai Direttori di trasmettere: *“La dichiarazione Pubblica di Interesse dei Professionisti”* a tutti i dirigenti medici al fine della compilazione.

Interviene la dott.ssa Lorenza Giusto e dichiara che è stato adottato il “Regolamento per la conduzione della sperimentazione di FASE II, III; e IV, in osservanza del PNA 2016, e approvato dall'autorità nazionale anticorruzione ai sensi dell'art. 19 del Decreto legge 24 giugno 2014 n. 90, che sottolinea come la discrezionalità degli sperimentatori nella attribuzione dei proventi, derivanti dallo svolgimento di sperimentazioni cliniche, debba essere ricondotta entro ambiti che prevedano criteri oggettivi, quali misure correttive del rischio corruttivo correlato e che, conseguenzialmente, l'adozione del Regolamento aziendale è inserito nel Piano triennale della corruzione della azienda ...

Istituito con D.A. n.992/2019 del 23 maggio 2019 Coordinamento dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende e degli Enti del SSR

Prende la parola la dott.ssa Cannada e sottolinea che nel PNA 2019 approvato dall'ANAC, (Autorità Nazionale Anticorruzione) con delibera n. 1064 del 13 novembre, l'Autorità ha consolidato in un unico atto di indirizzo tutte le istruzioni fornite ad oggi, pertanto come recita lo stesso testo sono: *superate tutte le indicazioni contenute nelle parti generali del PNA e degli aggiornamenti adottati fino ad oggi*. Il fine è quello di semplificare il quadro regolatorio e di innalzare il livello di responsabilità delle pubbliche amministrazioni. Nel Piano sono previste, esprime sinteticamente la Responsabile dell'Anticorruzione misure oggettive di prevenzione: rotazione del personale, controlli, trasparenza e formazione. Il PNA 2019 mira ad ottimizzare le risorse della Pubblica Amministrazione e a non appesantire attraverso duplicazioni di atti l'Amministrazione, e mira ad unificare i vari processi dell'amministrazione. A tal fine si suggerisce la coerenza con gli strumenti presenti in Azienda, per esempio tra il Piano della Performance e quello dell'Anticorruzione. Il PNA prevede il coinvolgimento della società civile e delle organizzazioni portatrici di interessi collettivi al fine di tutelare i diritti dei cittadini che diventa uno degli obiettivi fondamentali perseguiti dal legislatore.

Infine la RPCT si sofferma a delineare per somme linee l'allegato 1 al Piano intitolato: *“Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi”* Come evidenziato nelle premesse l'allegato diventa: *“L'unico documento metodologico da seguire per la predisposizione dei Piani Triennali...”* Per valutare il rischio corruttivo occorre un: *“approccio flessibile e contestualizzato”* Spetta al RPCT il ruolo di coordinamento del processo, e a tal fine i presenti sono coinvolti come attori principali nella gestione del rischio, al fine di dare un supporto concreto.

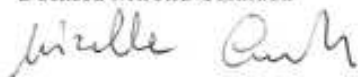
La parola chiave del documento diventa **approccio valutativo**. Brevemente il PNA suggerisce per la descrizione dei processi di servirsi di tre fasi costituite dall'Input (Elementi che innescano il processo), per esempio l'istanza da parte dei cittadini. La seconda fase è costituita dalle attività atte a svolgere l'azione da parte della Pubblica amministrazione per dare una risposta all'istanza, infine l'ultima fase definita Output costituisce il risultato del processo. Il Responsabile dell'Anticorruzione conclude il proprio intervento, durante il quale sono intervenuti con brevi osservazioni o richiesta di chiarimenti Il Direttore Amministrativo dott. Giuseppe Modica, il Direttore Sanitario dott.ssa Diana Cinà, il Dott. Alberto Favetta, il Direttore della farmacia dott.ssa Agata La Rosa.

Conclude i lavori il Direttore Generale invitando tutti i presenti a collaborare fattivamente alla stesura del Piano.

Alle ore 13.45 si conclude la seduta ed è redatto il presente verbale che viene letto approvato e sottoscritto

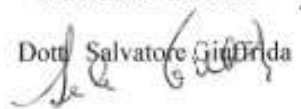
IL RPCT

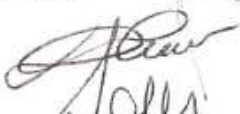
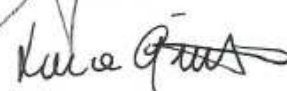
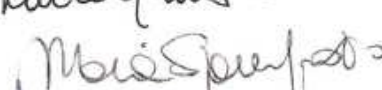
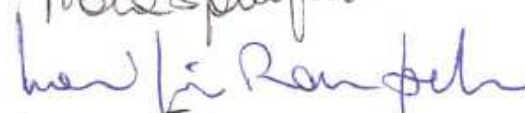
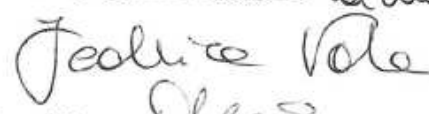
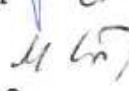
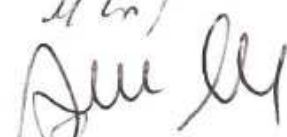
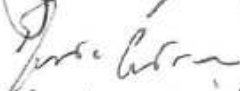
Dott.ssa Mirella Cannada



Il Direttore Generale

Dott. Salvatore Giuffrida



Dott. Giuseppe Modica de Mohac	
Dott.ssa Diana Cinà	
Dott. Salvatore Torrisi	
Dott.ssa Lorenza Giusto	
Dott.ssa Maria Spampinato	
Ing. Maurizio Rampello	
Dott.ssa Fiorenza Amato	(Assente)
Dott. Rosario Privitera	
Avv. Liliana Iachelli	(Assente)
Dott.ssa Laura Mammana	
Ing. Federica Vasta	
Dott.ssa Anna Maria Longhitano	
Dott. Mario Bollo	
Dott.ssa Agata La Rosa	
Dott. Grasso Franco Leanza	(Assente)
Dott. Mario Conti	
Dott.ssa Daniela Granata	
Dott. Fortunato Costantino	
Dott. Carmelo Leocata	(impossibilità di motivi ufficio)
Dott. Salvatore Vitanza	(Assente)
Dott. Orazio Vecchio	(Assente)
Dott. ALBERTO FAVETTA	

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 18 dicembre 2019 ed è stato visibile sull'home page fino al 17 gennaio, ovvero fino alla pubblicazione di ulteriori sei avvisi che, essendo più recenti, hanno determinato la visualizzazione dei precedenti soltanto nella pagina Avvisi. Non sono pervenute osservazioni o proposte.

Di seguito il testo dell'avviso e schermate della pubblicazione.

Piano Anticorruzione 2020-2022

Avviso pubblico volto ad acquisire suggerimenti

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. 1064 del 13-11-2019) 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 2020-2022.

Ogni comunicazione dovrà essere inoltrata entro il 14 gennaio 2020, all'indirizzo email mirella.cannada@aoec.it oppure orazio.vecchio@aoec.it.

Il RPCT
Dott.ssa Mirella Cannada

[Home](#) / [Avvisi](#) / Piano Anticorruzione 2020-2022

Piano Anticorruzione 2020-2022

 Pubblicato il : 18 dicembre 2019

 Stampa

 Condividi

Avviso pubblico volto ad acquisire suggerimenti

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. 1064 del 13-11-2019) 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 2020-2022.

Ogni comunicazione dovrà essere inoltrata entro il 14 gennaio 2020, all'indirizzo email mirella.cannada@aoec.it oppure orazio.vecchio@aoec.it.

Il RPCT
Dott.ssa Mirella Cannada



Organismo Indipendente di Valutazione. L'organismo di valutazione di questa Azienda Ospedaliera è stato costituito con deliberazioni 258/CS del 11/02/2019 e n. 1044 del 03/05/2019

Le funzioni dell'OIV (Organismo indipendente di valutazione) sono state disciplinate dal D.P.R. del 9 maggio 2016 n.105: *“Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche”* e in maniera significativa dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n. 74. Le attribuzioni di questo Organismo, nei rapporti con l'anticorruzione, trovano un substrato legislativo ovviamente nella legge 190/2012, ma anche nel Decreto Legislativo 33/2013 così come integrato e modificato dal d.lgs 97/2016

Riteniamo opportuno richiamare il PNA 2019 che in merito testualmente recita: *“La nuova disciplina, improntata ad una logica di coordinamento e maggiore comunicazione tra OIV e RPTC e di relazione dello stesso OIV con l'ANAC, prevede un più ampio coinvolgimento degli OIV chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici”*

Permangono e sono l'ossatura portante determinati compiti attribuiti all'OIV:

- Esprimere parere obbligatorio sui codici di comportamento (art.54 , comma 5, d.lgs 165/2001)
- L'Organismo accerta che gli obiettivi del piano della performance e della trasparenza siano coerenti (D.lgs 150/2009 e D.lgs. 33/2013)
- L'OIV accerta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza (Art.14, comma 4. Lett.g)

In questa Azienda Ospedaliera l'OIV si è attivato relativamente alla predisposizione del PTPC, e a tal fine ha convocato la RPCT, nella seduta del 02 dicembre 2019. L'OIV si è riunito per essere informato in merito all'aggiornamento dei dati previsti dalle leggi vigenti sia con riferimento alle previsioni del d. lgs. n. 33/2013, sia con particolare riguardo alla delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 avente ad oggetto l'aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione. Durante la seduta la RPCT ha illustrato determinate novità contenute nel recente aggiornamento ed ha ricordato la scadenza del 31/01/2020 data in cui deve essere adottata la delibera di adozione relativa al Piano. La Responsabile dell'Anticorruzione ha informato i componenti dell'OIV, alla presenza dei membri della Struttura Tecnica Permanente (STP) che ha iniziato ad elaborare la relazione annuale da trasmettere

all'OIV e al Direttore Generale sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel PTPCT. Snodo centrale il PTPCT è anche rappresentato dal fatto che il PTPCT deve essere coordinato con il piano della performance, secondo le direttive del PNA. Il verbale dell'OIV del 18 aprile 2019 ha attestato che gli obblighi di pubblicazione sono stati assolti, rispetto all'Allegato 2.1. _Griglia di Rilevazione al 31 marzo 2019 della delibera 141/2019 e come testualmente si legge nel verbale:

L'Azienda Ospedaliera ha individuato misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informatici per la pubblicazione dei dati nella sezione: "Amministrazione Trasparente".

L'Azienda Ospedaliera ha individuato nella sezione Trasparenza del del PTPCT i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dell'art 10 del d.lgs 33/2013.

La RPCT ricoprendo anche la funzione di Internal Audit trasmette all'OIV la documentazione in materia in particolare il *Piano delle attività di Audit* e *La Relazione del Risk Assessment*.

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 era stato costituito con deliberazione n. 2154 del 30/08/2016 ed era 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 che aveva la durata in carica tre anni, si era insediato il 1 settembre 2016 ed è scaduto il 1 settembre 2019, l'incarico è stato prorogato fino al 15/10/2019. Attualmente gli organi competenti non hanno nominato il collegio dei sindaci

Il collegio aveva messo in atto durante la propria vigenza, nell'arco del triennio, l'avvicendamento annuale, dei componenti che avrebbero ricoperto la carica della Presidenza. I verbali del collegio redatti nel 2019 sono stati 24 pubblicati sul portale P.I.S.A.

Durante la vigenza del collegio si è stabilita una proficua collaborazione tra il Rpct e il collegio sindacale.

Il collegio ha trasmesso al Responsabile dell'anticorruzione tutti i verbali redatti nel 2019 fino alla vigenza della carica.

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 2019 ai fini della compilazione della relazione del RPCT.

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 2020, 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 il Piano della Performance e altri documenti di pianificazione

Come già evidenziato nelle premesse, anche in questo triennio si è consolidato il collegamento tra questo Piano 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, già sperimentato con validi risultati nell'anno 2019 (vedi sezione Trasparenza) e pertanto previsto nuovamente nel 2020, con ulteriori diverse misure.

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 (come già accaduto nel 2019), 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

In materia di Privacy, questa Amministrazione ha posto attenzione al bilanciamento, richiamato nel PNA, tra osservanza degli obblighi di trasparenza e rispetto del diritto alla riservatezza. Ciò è facilitato dalla circostanza che la figura del DPO (Data Protection Officer, ovvero RPD: Responsabile Protezione Dati) coincide con quella del Responsabile della gestione del sito web aziendale che si occupa anche dell'aggiornamento dei contenuti della sezione Amministrazione Trasparente.

Lo stesso fa parte del Coordinamento dei DPO delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, costituito ufficialmente con decreto assessoriale n. 834 dell'8 maggio 2019: l'organismo ha funzioni di supporto all'attività di compliance al GDPR 679/2016 e svolge periodici incontri presso l'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana, nonché nelle sedi delle Aziende (di cui uno anche in questa), per affrontare di volta in volta specifiche questioni ai fini del completo adeguamento alle norme vigenti in materia di protezione dei dati personali.

Nel corso del 2020, questa Amministrazione dovrà conseguire l'obiettivo assegnato al Direttore Generale all'interno dell'Area di intervento 3 - Assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria e Privacy degli Obiettivi di Salute e Funzionamento – Piani Attuativi Aziendali. Si tratta di adempimenti, inizialmente di tipo amministrativo, in combinato disposto con le Linee guida sulla redazione degli Atti Aziendali pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n. 39 del 23 agosto 2019. In queste, al cap. 7, Coordinamento degli staff aziendali, Protezione dei dati personali, si legge:

“All'interno dello staff della Direzione Generale dovrà essere costituito l'Ufficio per la Protezione dei Dati personali, composto dal Responsabile – Data Protection Officer, che lo coordina, e da un numero adeguato di figure di supporto tecnico/amministrativo per il buon funzionamento dell'Ufficio stesso, per la cui istituzione potrà prevedersi il ricorso ad una posizione organizzativa. In particolare, l'Ufficio per la Protezione dei dati personali potrà essere istituito – anche tenuto conto dell'esistenza o meno, all'interno dell'Azienda, di figure idonee al compito, nonché delle esigenze di terzietà e indipendenza tipiche della figura medesima – secondo una delle seguenti fattispecie:

- 1) struttura semplice da affidare a un dirigente interno in qualità di D.P.O;
- 2) ufficio interno coordinato da un D.P.O. esterno;
- 3) ufficio interno coordinato da un incarico di funzione interna in qualità di D.P.O. [...]"

Come riportato nella scheda degli Obiettivi di Salute e Funzionamento, dovranno quindi essere costituiti: l'ufficio (come descritto qui sopra) e il “gruppo di lavoro” che (come pensato dal Coordinamento regionale dei D.P.O. di cui il sottoscritto fa parte) unisce professionalità diverse, di tipo informatico, giuridico e amministrativo, e si attiva su input del D.P.O. per affrontare di volta in volta questioni rilevanti. Il primo passaggio, quello della previsione all'interno dell'Atto Aziendale, è stato effettuato; nei primi mesi del 2020 si procederà alla effettiva creazione sia dell'Ufficio, sia del gruppo di lavoro. In quest'ultimo, l'Amministrazione intende coinvolgere la RPCT al fine di offrire maggiore garanzia di rispetto del bilanciamento tra vari obblighi.

4. Analisi del contesto

Obiettivo della presente sezione è quello di raccogliere elementi che in qualche modo abbiano refluenze sul fenomeno corruttivo o sulla sua percezione o comunicazione. L'obiettivo finale è quello non di assemblare singoli pezzi, ma di **interpretare l'insieme in termini di gestione del rischio corruttivo**, cercando di individuare dinamiche, criticità, soluzioni attuabili con riferimento a questa P.A. In linea

con quanto indicato dall'ANAC, l'analisi del contesto qui effettuata non è, quindi, soltanto una ricognizione di documenti, ma vuole essere una lettura ragionata del fenomeno.

A tal fine, è risultato estremamente proficuo l'utilizzo della rassegna stampa aziendale, selezionata dal competente ufficio 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

Sul piano aziendale, il 2019 si può considerare anno di svolta e di inizio di un nuovo corso, nella governance e nell'organizzazione.

Atto aziendale. L'atto aziendale dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro è stato oggetto di due atti deliberativi: Deliberazione n. 2440 del 16 settembre 2019: "Preso d'atto D.A. n. 22 del 11 gennaio 2019. Adeguamento della Rete Ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015 n.70 Approvazione Atto Aziendale" e deliberazione n. 3647 del 16/12/2019: "Preso d'atto dell'incontro in data 12 dicembre 2019, con l'assessorato della Salute della Regione Siciliana per la verifica e approvazione dell'Atto Aziendale di cui alla deliberazione n. 2449 del 16 settembre 2019". Considerato che in ossequio al D.A. n. 22 del 11/01/2019, l'assetto di questa Azienda è costituito da 8 dipartimenti, 35 S.O.C. sanitarie di cui 26 con p.l., 5 S.O.C. P.T.A, n. 32 S.O.S. (fino ad un massimo di 46 in applicazione del coefficiente del documento LEA 26/03/2012. 1.31 per S.O.C. in staff della Direzione Aziendale, n. 5 S.O.S. in staff alla Direzione Sanitaria e n.1 S.O.S. in staff della Direzione Generale.

Attraverso l'Atto Aziendale le strutture operative non previste nella rete ospedaliera sono le seguenti:

1. S.O.S. "Chirurgia Bariatrica" nell'ambito della S.O.C. Chirurgia Generale
2. S.O.S. "Neurotraumatologia vertebromidollare nell'ambito della S.O.C. di Neurochirurgia
3. S.O.S. Stroke Unit nell'ambito della S.O.S. di Neurologia.

Le variazioni delle strutture in staff alla Direzione Strategica sono:

La S.O.S. "Servizio Legale" precedentemente in staff della Direzione Aziendale, ai sensi delle linee guida di cui al D.A. 1675/2019 e della nota assessoriale n. 40301 del 15/10/2019, viene inserita alle dirette dipendenze del Direttore Generale

La struttura deputata alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, ai sensi della nota assessoriale n. 40301 del 15/10/2019, viene inserita in staff della Direzione Aziendale in quanto trattasi di mero ufficio di supporto alla S.O.C.: "Staff della Direzione Aziendale"

La struttura deputata al controllo di gestione precedentemente indicata come funzione, viene configurata come S.O.S. in staff della Direzione Strategica

La struttura deputata all'audit pac, precedentemente indicata quale funzione, viene configurata quale S.O.S. in staff della Direzione Strategica.

Il Settore Tecnico assume la denominazione di Settore Tecnico- Informatico in quanto l'ambito di Ingegneria informatica ha assunto grande rilievo per l'impiego concreto e lo sviluppo delle nuove

tecnologie informatiche e per l'attività di pianificazione, progettazione, realizzazione, gestione, trasmissione ed elaborazione delle informazioni

Le strutture deputate alle attività delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie, tecniche della prevenzione e del servizio sociale vengono configurate come SS.OO.SS alle dirette dipendenze della Direzione Sanitaria.

Monitoraggio URP. Il Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza al fine di predisporre il Piano Triennale Anticorruzione ha richiesto al Responsabile dell'URP il Report relativo al 2019 con il dettaglio della classificazione dei reclami delle U.O.C. e U.O.S. interessate.

IL RPCT ha messo in risalto che in ottemperanza alle disposizioni vigenti in materia di anticorruzione, legge 190 del 2012 e s.m.i, si ha l'obbligo di mappare dei processi. Pertanto per rendere operativa questa fase del percorso ha chiesto anche al Responsabile dell'URP di descrivere le varie fasi dei procedimenti in cui si articolano i processi sia in merito alla attività dell'URP sia in merito all'Ufficio Accettazione e Ricoveri.

In altre parole il RPCT ha preso come modello “*le Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi*”, del Piano nazionale anticorruzione 2019 così come sono descritti nell'allegato 1 e ha seguito questo metodo fra quelli prospettati: i processi si articolano in tre fasi: **input** (es la richiesta dell'utente) segue a questa **l'attività istruttoria** che consente di raggiungere **l'output** cioè il risultato atteso del processo. Seguendo ed attenendosi a questo percorso metodologico delineato dall'ANAC Il Responsabile anticorruzione ha anche chiesto al Responsabile dell'URP di indicare il percorso sia delle richieste inoltrate all'URP sia l'esito delle stesse e sia il percorso e le eventuali criticità dell'Ufficio Accettazione e Ricoveri.

Infine ha domandato di indicare le figure professionali connesse alla corretta realizzazione dei rispettivi processi, i responsabili, i vincoli dei processi (si intendono le condizioni da rispettare in base a previsioni legislative e regolamentari), nonché le risorse finanziarie ed umane per garantire i processi.

La mappatura costituisce il presupposto propedeutico per individuare all'interno dei processi le aree di rischio. Per esempio attraverso l'esame dei reclami è possibile che si delineano aree di rischio che possano dar luogo ad eventuali eventi corruttivi.

Si riporta il riscontro da parte del Responsabile dell'URP che si articola in due parti costituite dal:

Percorso metodologico adottato sia in merito all'attività dell'URP, sia in merito all'attività dell'accettazione e ricoveri

Report delle Segnalazioni scritte classificate come Reclami.

In ordine al primo aspetto: Il Responsabile dell'URP precisa che il percorso metodologico si articola in:

- Colloquio e/o accettazione in forma verbale e/o scritta del reclamo
- Istruttoria mediante invio della segnalazione al responsabile del servizio coinvolto e richiesta di risposta scritta finalizzata alla soluzione del problema
- Fase finale di comunicazione all'utente nei tempi previsti e in rispetto al regolamento URP

Per quanto riguarda le attività dell'Ufficio Accettazione e Ricoveri le procedure relative alla richiesta di documentazione sanitaria (cartelle cliniche, day-service, certificati ricovero, verbali P.S., copie su C.D. di esami radiologici etc) sono stabilmente codificate mediante l'utilizzo di software dedicato, apposita modulistica operazioni di cassa per il pagamento di quanto dovuto dall'utente e conseguente emissione di ricevuta o fattura

Nel corso dell'anno 2019 l'attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) si è articolata attraverso:

- **n° 81** Segnalazioni scritte, classificate come **“Reclami”**, che possono interessare anche più Aree/Tematiche (vedi allegato “Prospetto di classificazione”);
- **n° 7** Segnalazioni scritte riguardanti **“Elogi”**, nei confronti delle uu.oo. di seguito specificate:
 - n. 1 Chirurgia Plastica;
 - n. 1 Medicina Fisica e Riabilitativa;
 - n. 1 Medicina Generale
 - n. 1 Medicina Nucleare
 - n. 1 Pronto Soccorso;
 - n. 1 UUGRU – Area Ticket
 - n. 1 UUGRU – Accoglienza PFE
- **n.° 31 Segnalazioni varie** scritte (via e-mail, fax, posta etc.) sulle seguenti tematiche:
 - n. 11 (Accesso ai Servizi sanitari);
 - n. 6 (Informazioni su Servizi/Prestazioni erogati);
 - n. 2 (Informazioni Sito web);
 - n. 1 (Procedure Pagamento on-line);
 - n. 2 (Accesso Servizio di Prenotazione/Ticket);
 - n. 4 (Richiesta Documentazione sanitaria)
 - n. 2 (Procedure concorsuali)
 - n. 3 (Corrispondenza tra Enti Pubblici/Scolastici etc.).
- **Numerose Segnalazioni e/o Richieste d'informazione verbali (telefoniche o di presenza)**, per le quali è stato fornito spesso un riscontro immediato, avvolte dopo aver consultato i responsabili di diverse uu.oo. di pertinenza, in particolare sulle seguenti tematiche:
 - accessibilità esterna/interna a Strutture/Servizi ospedalieri: parcheggio, uffici amministrativi, reparti/ambulatori e altri servizi;
 - erogazione delle Prestazioni sanitarie, da parte del personale infermieristico e/o medico;
 - organizzazione/modalità di accesso ai Servizi sanitari offerti dalle uu.oo.;
 - organizzazione/modalità di accesso ai Servizi di Front Office;
 - procedure per il rilascio di documentazione sanitaria.

PROSPETTO DI CLASSIFICAZIONE DEI RECLAMI PER TIPOLOGIA

ASPETTI STRUTTURALI

- Totale n. 1 Reclami **“Accessibilità esterna”**
- reclamo n. 55 (Ascensore di fronte F2)
- Totale n. 0 Reclami **“Accessibilità interna”**

- Totale n. 2 Reclami “**Misure per la sicurezza**”
- reclamo n. 3 e 67 (Chirurgia Generale)
- Totale n. 0 Reclami “**Strumenti diagnostici e terapeutici**”

INFORMAZIONE

- Totale n. 0 Reclami “**Informazioni Sito web/Call Center/Comunicati Stampa**”
- Totale n. 0 Reclami “**Informazioni Materiale cartaceo**”
- Totale n. 0 Reclami “**Informazioni Segnaletica**”
- Totale n. 0 Reclami “**Informazioni da parte del Personale**”
- Totale n. 1 Reclami “**Riconoscibilità del Personale**”
- reclamo n. 35 (Pronto Soccorso/OBI/Triage)

ASPETTI ORGANIZZATIVI

- Totale n. 0 Reclami “**Organizzazione amministrativa**”
- Totale n. 2 Reclami “**Difficoltà accesso telefonico**”
- reclamo n. 10 (Malattie endocrine, del Ricambio e della Nutrizione)
- reclamo n. 57 (UUGRU – Area CUP)
- Totale n. 22 Reclami “**Percorsi di accesso/cura**”
- reclamo n. 4, 8, 51 (Medicina Fisica e Riabilitativa)
- reclamo n. 5, 49, 78 (Pronto Soccorso/OBI/Triage)
- reclamo n. 15, 31 (Urologia)
- reclamo n. 18, 20, 23, 24, 32, 43, 44, 45, 46, 68 (Chirurgia Plastica)
- reclamo n. 19 (Oncologia)
- reclamo n. 27 (Servizio di Gastroenterologia)
- reclamo n. 54 (Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione)
- reclamo n. 75 (Centro Grandi Ustioni)
- Totale n. 0 Reclami “**Assenza Servizi e Disponibilità Prestazioni**”
- Totale n. 16 Reclami “**Funzionalità organizzativa**”
- reclamo n. 2 (Pronto Soccorso/OBI/Triage)
- reclamo n. 11 (Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione)
- reclamo n. 14 (UUGRU – Area Ticket)
- reclamo n. 17, 69 (Servizio di Gastroenterologia)
- reclamo n. 22 (Diagnostica per Immagini)
- reclamo n. 25 (Neurologia)
- reclamo n. 30, 37, 38, 40, 47 (Chirurgia Toracica)
- reclamo n. 42 (Ginecologia e Ostetricia)
- reclamo n. 70, 74 (Urologia)
- reclamo n. 71 (Senologia)
- Totale n. 4 Reclami “**Raccordi con servizi esterni**”
- reclamo n. 59 (CUP Provinciale)
- reclamo n. 64, 66 (Call Center Intramoenia)
- reclamo n. 65 (Pago PA)

ASPETTI TECNICI-PROFESSIONALI

- Totale n. 6 Reclami “**Personale infermieristico**”

- reclamo n. 7 (Pediatria)
 - reclamo n. 33 (Laboratorio Analisi)
 - reclamo n. 52, 80 (Pronto Soccorso/OBI/Triage)
 - reclamo n. 67 (Chirurgia Plastica)
 - reclamo n. 81 (Ortopedia e Traumatologia)
- Totale n. 11 Reclami “**Personale medico**”
 - reclamo n. 13 (Medicina Fisica e Riabilitativa)
 - reclamo n. 50 (Malattie infettive)
 - reclamo n. 60 (Neurologia)
 - reclamo n. 61 (Malattie Apparato Respiratorio)
 - reclamo n. 62 (Neurochirurgia)
 - reclamo n. 73, 76 (Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione)
 - reclamo n. 78, 80 (Pronto soccorso/OBI/Triage)
 - reclamo n. 79 (Diagnostica per Immagini in Emergenza)
 - reclamo n. 81 (Ortopedia e Traumatologia)
- Totale n. 2 Reclami “**Personale amministrativo/sanitario**”:
 - reclamo n. 28 (Pronto soccorso/OBI/Triage)
 - reclamo n. 72 (Personale reception)

ASPETTI RELAZIONALI

- Totale n. 7 Reclami “**Personale medico**”
 - reclamo n. 5, 56 (Pronto Soccorso/OBI/Triage)
 - reclamo n. 39 e 41 (Centro Grandi Ustioni)
 - reclamo n. 48 (Cardiologia)
 - reclamo n. 76 (Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione)
 - reclamo n. 81 (Ortopedia e Traumatologia)
- Totale n. 5 Reclami “**Personale infermieristico**”
 - reclamo n. 1 (Ortopedia)
 - reclamo n. 12 (Malattie Apparato digerente)
 - reclamo n. 26 (Centro Grandi Ustioni)
 - reclamo n. 67 (Chirurgia Plastica)
 - reclamo n. 81 (Ortopedia e Traumatologia)
- Totale n. 0 Reclami “**Personale amministrativo/sanitario**”
- Totale n. 1 Reclami “**Violazione Diritti**”
 - reclamo n. 36 (Neurologia)

COMFORT STRUTTURALI/AMBIENTALI

- Totale n. 4 Reclami “**Condizioni struttura mobile**”
 - reclamo n. 16, 67 (Chirurgia Plastica)
 - reclamo n. 21, 52 (Pronto Soccorso/OBI/Triage)
- Totale n. 6 Reclami “**Pulizia/Igiene**”
 - reclamo n. 16 (Chirurgia Plastica)
 - reclamo n. 21, 52 (Pronto Soccorso/OBI/Triage)
 - reclamo n. 55 (Ascensore di fronte F2)
 - reclamo n. 67 (Chirurgia Plastica)
 - reclamo n. 81 (Ortopedia e Traumatologia)
- Totale n. 3 Reclami “**Confort Ambientale**”
 - reclamo n. 36 (Neurologia)
 - reclamo n. 63 (Nefrologia)
 - reclamo n. 67 (Chirurgia Plastica)
- Totale n. 3 Reclami “**Vitto**”

- reclamo n. 58 (Medicina Generale)
- reclamo n. 63 (Nefrologia)
- reclamo n. 67 (Chirurgia Plastica)

- Totale n. 0 Reclami “**Servizi accessori**”

TEMPI

- Totale n. 1 Reclami “**Attesa per Prestazione**”
- reclamo n. 80 (Pronto soccorso/OBI/Triage)
- Totale n. 0 Reclami “**Orari apertura Servizi**”
- Totale n. 0 Reclami “**Attesa per Prenotazione/Pagamento**”
- Totale n. 0 Reclami “**Attesa per Refertazione**”
- Totale n. 1 Reclami “**Tempi di risposta alle segnalazioni**”
- reclamo n. 34 (UUGRU – Area URP)

ASPETTI ECONOMICI

- Totale n. 3 Reclami “**Richiesta Risarcimento**”
- reclamo n. 6 e 29 (Chirurgia Generale)
- reclamo n. 9 (MCAU)
- Totale n. 0 Reclami “**Richiesta Rimborsi**”
- Totale n. 2 Reclami “**Contestazioni su pagamenti ticket/intramoenia**”
- reclamo n. 53 (Neurologia)
- reclamo n. 65 (Pago PA)

ASPETTI NORMATIVI

- Totale n. 0 Reclami “**Diritti dei Malati**”

ALTRO

- Totale n. 0 segnalazioni scritte, progressivamente numerate, per “Sollecito per rilascio cartella clinica”

Buone pratiche e innovazioni. Nel corso del 2019, in Azieda sono state introdotte alcune novità che costituiscono un miglioramento del servizio reso agli utenti.

- **Attivazione sistema PagoPA per il pagamento del ticket.** Da aprile 2019, il ticket per visite ed esami prenotati con la ricetta dematerializzata si può adesso pagare anche attraverso la piattaforma “pagoPA”. Si tratta di una nuova modalità per effettuare, in modo sicuro, semplice e trasparente, pagamenti elettronici alla Pubblica Amministrazione attraverso canali online e fisici di banche e altri prestatori di servizi di pagamento: filiali degli istituti di credito, sportelli Atm, punti Lottomatica, uffici postali, carte di credito etc. Per pagare la prestazione sanitaria, bisogna essere in possesso della prenotazione e della relativa ricetta dematerializzata (bianca), oltre che di un indirizzo e-mail attivo; quindi, basta cliccare sul logo “pagoPA”, presente sull’home page del sito www.aocannizzaro.it, e seguire la procedura. Al termine della transazione, il sistema rilascia una ricevuta del versamento effettuato, da esibire al momento della prestazione.

- **Apertura area di Alto Isolamento** in Malattie Infettive: si tratta di una struttura con 11 posti letto caratterizzata da avanzate dotazioni e procedure per la gestione dei pazienti con patologie ad alto rischio di diffusione, inaugurata a maggio.
- **Nuovo angiografo biplano.** La nuova sala operatoria di Neuroradiologia con il nuovo angiografo biplanare, operativi da luglio, per interventi all'avanguardia, permetteranno di mettere in pratica metodiche interventistiche di altissimo livello qualitativo come, ad esempio, per la gestione dell'ictus, grave problema di salute pubblica che colpisce ogni anno in Italia circa 200 mila persone. Si tratta di una sala operatoria "ibrida", dove, cioè, si possono eseguire interventi chirurgici insieme a quelli neuroradiologici. Il nuovo angiografo biplanare è in grado di eseguire angiografie in metà tempo rispetto alle tradizionali apparecchiature, dimezzando di conseguenza la durata dell'anestesia, oltre ad essere l'unica macchina in grado di ridurre dell'80% la quantità delle radiazioni emesse.
- **Apertura nuovo PS Pediatrico.** Il 18 luglio è entrato in funzione il nuovo Pronto Soccorso Pediatrico dell'Ospedale Cannizzaro di Catania, spostato in locali ristrutturati e ammodernati alle spalle della precedente sede e dotato di un accesso diretto, autonomo rispetto al PS generale, con ingresso di fronte alla base dell'elicottero del 118.
- **Apertura nuova area Codici Verdi.** Il 25 ottobre è entrata in funzione la nuova area del Pronto Soccorso dell'Ospedale Cannizzaro dedicata ai codici verdi. Si tratta di locali ristrutturati ai fini dell'accoglienza degli accessi in PS meno urgenti, con un grande open space, due postazioni centrali per i medici e 13 nuove postazioni per i pazienti, di cui tre con monitoraggio fisso, oltre al monitoraggio con carrelli mobili. La nuova area occupa una superficie di oltre 135 mq, laddove prima insistevano il Pronto Soccorso pediatrico e l'Obi pediatrico, dal 18 luglio in funzione in locali ristrutturati e ammodernati alle spalle della precedente sede con accesso diretto e autonomo rispetto al PS generale.
- **Apertura nuova Centrale 118.** Il 28 novembre, si è svolta la presentazione e inaugurazione della nuova Centrale Operativa 118 Catania-Ragusa-Siracusa, dopo lavori di ristrutturazione e ampliamento, e del Modulo sanitario per le maxi-emergenze della Regione Siciliana, unico del Sud Italia

Inoltre, si fa presente che il 7 maggio 2019 si è insediato il nuovo Comitato Consultivo, rinnovato a seguito di scadenza del precedente.

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.

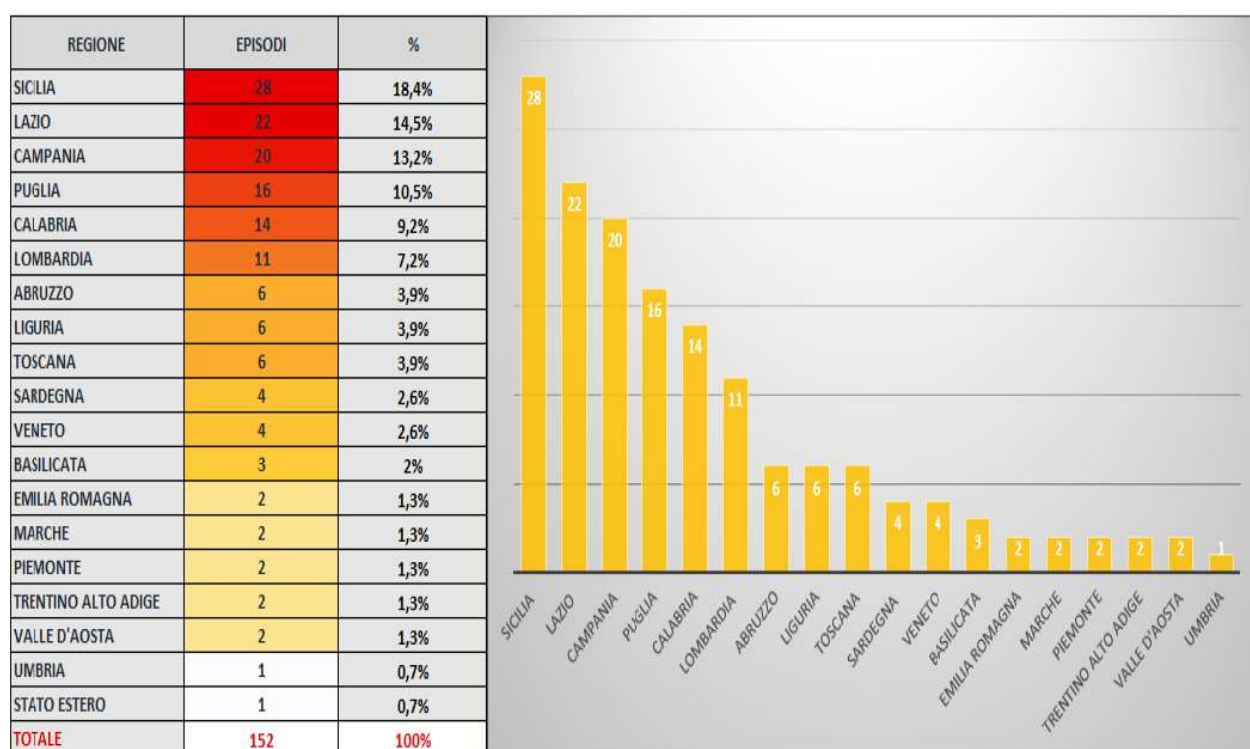
4.2 Contesto esterno

Con lo spirito descritto in premessa al capitolo deve intendersi il riferimento in questa sede al rapporto “La corruzione in Italia (2016-2019). Numeri, luoghi e contropartite del malaffare”, redatto e pubblicato dall’ANAC nello scorso mese di ottobre. Si tratta di un documento basato sui provvedimenti emessi dall’Autorità giudiziaria nell’ultimo triennio. I numeri e le informazioni pubblicati nel dossier possono indirizzare l’azione del RPCT.

Intanto, sono ben 117 le ordinanze di custodia cautelare per corruzione correlate in qualche modo al settore degli appalti. Risultano in linea anche i casi di corruzione emersi mediante l’analisi dei provvedimenti della magistratura: 152, ovvero uno a settimana nel periodo monitorato.

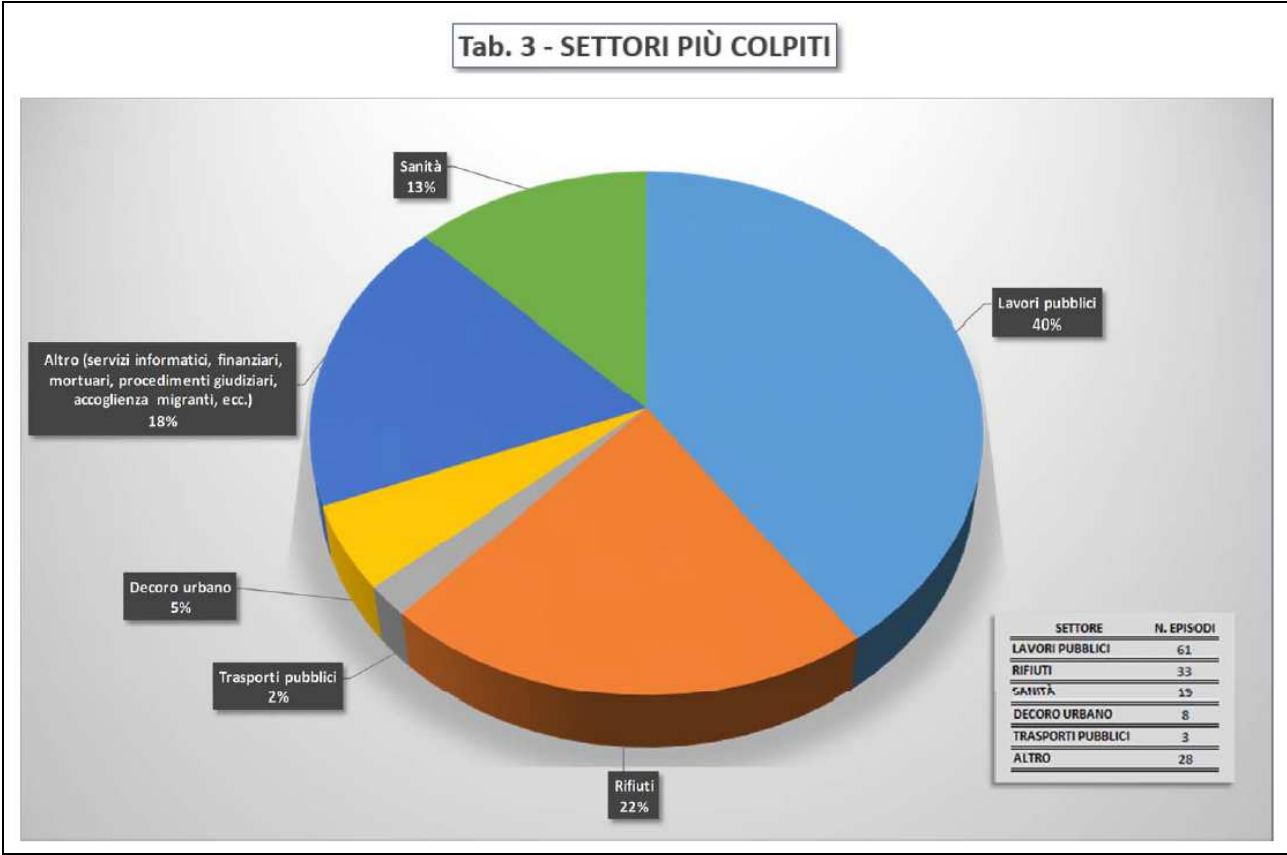
Significativo, per l’obiettivo di questo Piano, anche il passaggio che rileva il **non meritevole primato della regione in cui si opera**: «Dal punto di vista numerico, spicca il dato relativo alla Sicilia, dove nel triennio sono stati registrati 28 episodi di corruzione (18,4% del totale) quasi quanti se ne sono verificati in tutte le regioni del Nord (29 nel loro insieme). A seguire, il Lazio (con 22 casi), la Campania (20), la Puglia (16) e la Calabria (14)».

Tab. 1 - EPISODI DI CORRUZIONE 2016-2019



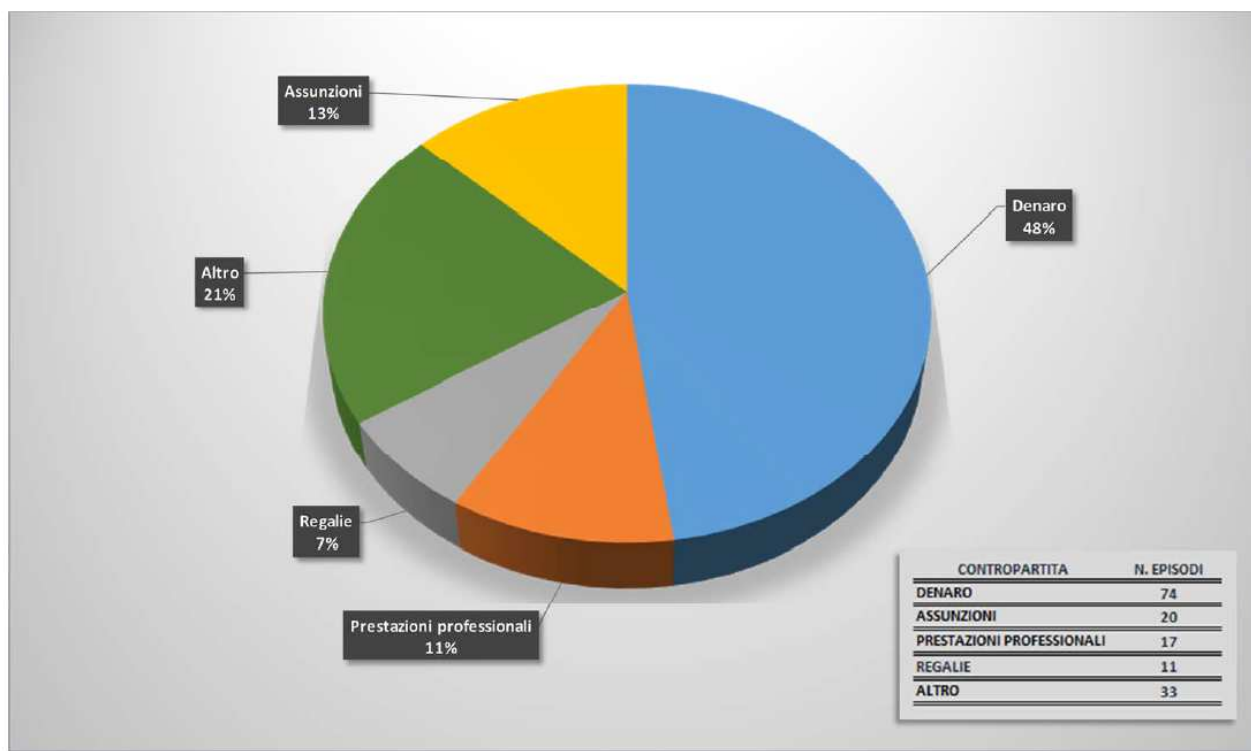
Numericamente, tra le vicende, prevale di gran lunga (74%) l’assegnazione di appalti pubblici, il resto riguarda procedure concorsuali, procedimenti amministrativi, concessioni edilizie, corruzione in atti giudiziari. Tra i settori, il più a rischio sono i lavori pubblici e il ciclo dei rifiuti, segue il settore sanitario con il 13% dei casi, relativi a forniture di farmaci, di apparecchiature mediche e strumenti medicali, servizi di lavanolo e pulizia. È emblematico, per quanto riguarda l’assegnazione di appalti, che solo il 18% dei casi riguarda l’affidamento diretto (cioè con scelta discrezionale dall’amministrazione): il resto è relativo a procedure di gara per appalti di importo maggiore, da cui si ricava **«l’esistenza di una certa raffinatezza criminale nell’adeguarsi alle modalità di scelta del contraente imposte dalla**

legge»; emerge altresì che il tasso di corruzione maggiore affligge l'apparato burocratico, più che gli organi politici.



Dinamica anch'essa notevole e nuova è la **“smaterializzazione” della tangente**: sempre meno il malaffare si sostanzia in una contropartita economica, si affermano invece come “merce di scambio” il posto di lavoro, soprattutto al Sud (ad esempio, l'assunzione di congiunti o soggetti comunque legati al corrotto), l'assegnazione di prestazioni professionali, spesso in forma di consulenze, e regalie varie.

Tab. 6 - CONTROPARTITA DELLA CORRUZIONE



In definitiva, nonostante il basso profilo assunto nell'ambito del dibattito pubblico, **la corruzione continua a rappresentare un fenomeno radicato e persistente, che merita continua vigilanza e alta attenzione**. Conviene a tal proposito riprendere un altro brano del documento dell'Anac: «La varietà delle forme di corruzione e dei settori di potenziale interesse impone di ricorrere a un'azione combinata di strumenti preventivi e repressivi, che possano operare secondo comuni linee di coordinamento ed integrazione. Si pensi, a titolo di esempio, alla predominanza dell'apparato burocratico negli episodi di corruzione, che comprova l'assoluta utilità di prevedere adeguate misure organizzative (in primis in tema di conflitti d'interesse e rotazione periodica del personale) che riducano a monte i fattori di rischio». Ciò **corroborava, dunque, la valenza dell'attività della Prevenzione della Corruzione** che non sempre è adeguatamente compresa e valorizzata nelle P.A.

Il rapporto, infine, sottolinea un **aspetto positivo: l'incremento esponenziale delle segnalazioni riguardanti gli illeciti avvenuti sul luogo di lavoro (whistleblowing)**, verso le quali nel 2017 sono state introdotte nell'ordinamento particolari tutele. Infatti, nei primi nove mesi del 2019 l'Anac ne ha ricevute oltre 700, «un dato indicativo - al netto delle segnalazioni improprie - della crescente propensione a denunciare reati e irregolarità».

Anche con tale consapevolezza questa Amministrazione ha provveduto ad attivare apposita piattaforma, come illustrato nella sezione dedicata.

A dimostrazione dell'affermazione circa la persistenza del fenomeno corruttivo, si citano – con diverso livello di analisi – due casi emblematici emersi in Sicilia.

All'inizio del 2019 era stato eseguito l'arresto di uno specialista di gastroenterologia dirigente dell'ospedale Maggiore di Modica (Asp di Ragusa), cui la Procura contestava i reati di truffa pluriaggravata ai danni dello Stato, abuso d'ufficio e peculato aggravato in quanto avrebbe ricevuto direttamente dai pazienti denaro per prestazioni sanitarie, incassando personalmente le somme e scavalcando, di conseguenza, le liste d'attesa nonché privando l'Azienda degli introiti derivanti dal ticket

che i pazienti così reclutati invece non pagavano. Il processo per queste vicende è stato avviato nello stesso periodo nel quale il medesimo medico è stato condannato per il reato di peculato, in forza di reati commessi nel 2010, quando era in servizio all'ospedale "Busacca" di Scicli.

Una applicazione concreta della «raffinatezza criminale» segnalata dall'ANAC del report sopra sintetizzato è la ricostruzione effettuata dall'autorità inquirente nel caso dell'Azienda Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania scoppiato a febbraio 2019: date le dinamiche individuate, la prossimità territoriale e il seguito della vicenda, si rende opportuno un suo particolare approfondimento.

Il Nucleo di Polizia Economico-Finanziaria di Catania, con il coordinamento della Procura Distrettuale, ha infatti ricostruito l'esistenza di tangenti veicolate grazie a un'agenzia di viaggi. Oggetto è la gara del 17 luglio 2018 bandita dall'Azienda quale capofila per "l'approvvigionamento triennale, con opzione di rinnovo semestrale, di dispositivi medici per urologia occorrenti alle aziende sanitarie, ospedaliere e universitarie del Bacino della Sicilia Orientale, suddivisa in 209 lotti per complessivi € 55.430.178,00". A seguito di esposti di ditte escluse dalla procedura e grazie alle indagini, fu documentato un meccanismo corruttivo che la magistratura ha definito «allarmante per la sistematicità e la diffusione delle condotte illecite tracciate; azioni quest'ultime, animate dal perseguimento esclusivo di utilità personali in totale dispregio degli essenziali e rilevanti interessi pubblici in gioco».

Le investigazioni condotte dalla Guardia di Finanza di Catania hanno evidenziato che il suddetto Direttore di UOC, pur non avendo alcun incarico formale, "gestiva" di fatto la gara in questione costruendo su misura capitolati, a favore delle società commerciali disposte ad assecondare le richieste di utilità avanzate dallo stesso. Le somme "transitavano" attraverso un'agenzia di viaggi che in tal modo offriva la parvenza di legittimità alla corresponsione di denaro, destinato a viaggi per corsi di formazione professionale ma in realtà utilizzato per necessità private. Al direttore dell'UOC dell'Azienda interessata fu applicata la misura degli arresti domiciliari con l'accusa di corruzione e turbativa d'asta, un dirigente medico del reparto fu interdetto, misure restrittive furono richieste e accolte nei confronti di soggetti di aziende commerciali coinvolte, altri sono stati indagati e sono attualmente imputati. Il procedimento è in corso.

Ma, più che il connesso iter giudiziario, qui interessa rilevare che a seguito di questa vicenda l'Assessorato Regionale della Salute ha disposto nei confronti delle Aziende del SSR, tramite la circolare n. 19302 del 04/03/2019 "Atto di Indirizzo dei Piani Triennali Anticorruzione delle Aziende e degli Enti del SSR in materia di rapporti con fornitori ed aziende farmaceutiche", approfondita in apposita sezione del presente Piano. Non sfugge, infatti, la gravità di questa vicenda: per il primario ruolo rivestito dal principale imputato, per l'entità dell'appalto in esame e per la sofisticazione dell'artificio creato (secondo le risultanze ricostruite dai magistrati) al fine di nascondere le "mazzette" e fruirne.

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 Corruzione e della Trasparenza al fine di predisporre il Piano Triennale Anticorruzione in linea con l'Allegato 1: "Indicazione metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" al PNA 2019, che nel Box 11 ha suggerito che: "Per migliorare il processo di misurazione del livello del rischio è necessario supportare l'analisi di tipo qualitativo con l'analisi dei dati statistici che possono essere utilizzati per stimare la frequenza di accadimenti futuri di eventi corruttivi" ha posto determinate domande al Responsabile del Servizio Legale, riportate qui di seguito con le risposte che sono state evidenziate in grassetto.

1. Nell'anno 2019 il Cavs (Comitato Aziendale valutazione sinistri) ha svolto le funzioni ad esso attribuite?

Nell'anno 2019 il Cavs non ha quasi per niente svolto le funzioni attribuite, poichè è stato necessario aggiornare la sua composizione con l'inserimento di una nuova coordinatrice e di un componente medico legale

2. Qualora il suddetto organismo non è stato operante quale procedura è stata adottata per la valutazione dei sinistri?

In assenza di tale operatività la valutazione dei sinistri per i quali sussisteva urgenza di verifica è stata effettuata direttamente dalla Direzione Generale

3. Nell'anno 2019 si sono verificati a carico di questa Azienda sentenze passate in giudicato, procedimenti in corso, decreti di citazione in giudizio riguardanti:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione
- il falso e la truffa con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (artt. 640 e 640 bis c.p.)
- i procedimenti aperti per responsabilità amministrativa contabile (Corte dei Conti)
- i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici

Nell'anno 2019 non si sono verificate notifiche di sentenze, ricorsi o decreti di citazione a giudizio afferenti le materie citate. Fatta eccezione per i ricorsi al Tar ad istanza di alcune ditte per l'annullamento previa sospensione della delibera n.1770 del 23/7/2019 e degli atti connessi e/o

presupposti, relativi alla revoca della delibera n.4288 /2018 con cui era stata indetta la procedura di gara per la fornitura quadriennale di materie specialistiche di emodinamica, di cui al bando pubblicato sulla GUCE n.S28 del 8/02/2019.

Inoltre al fine di effettuare il monitoraggio dei sinistri in "autoassicurazione" si chiede di inviare stesso mezzo, l'elenco,- nel rispetto del Codice della Riservatezza- dei sinistri dell'anno 2019 fino alla data odierna, al fine di poter verificare a campione quelli per i quali c'è un procedimento penale in corso o è stato notificato atto di citazione.

Si riporta di seguito elenco dei sinistri in autoassicurazione aperti dal 1/1/2019 fino alla data del 20/12/2019. Infine si chiede se il Servizio legale ha adeguato il regolamento degli incarichi ai legali alle linee guida n. 12 (affidamento dei servizi ai legali) approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n.907 del 24 ottobre 2018.

	Data Evento	Data richiesta e Prot. ingresso	Oggetto e/o causa del Sinistro	U.O. / Reparto
1	25/06/2017	PROT. N° 297 DEL 10/01/2019 (AVV. RAIMONDO CAMMALLERI)	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI A SEGUITO DI DECESSO PER IMPERIZIA E NEGLIGENZA DEI SANITARI	Mcau -Medicina Interna -Chir. Generale
2	22/08/2017	prot.n. 1415 del 29/1/2019 avv. Vincenti	chiamata in causa dell'Allianz in giudizio di responsabilità per sinistro stradale	Anestesia e UTIR
3	10/03/2011	prot.n. 1561 del 29/1/2019(Avv.ti Leonardo e Luca Castorina)	CHIAMATA IN CAUSA DELLA CASA DI CURA MORGAGNI PER RESPONSABILITA' MEDICA	NEFROLOGIA
4	05/02/2015	PROT. N° 2503 DEL 07/02/2019 (AVV. SEBASTIANO LA SPINA)		OCULISTICA
5	14/06/2015	PROT. N.3063 del 15/2/19(AVV.GIUSEPPE PASSERELLO)	Rich. Risarcimento danno per presunta negligenza e imperizia medica	Nefrologia
6	23/09/2016	PROT. N.3113 del 16/2/19(AVV.GIOVANNI BECCARIA)		CHIRURGIA PLASTICA
7	29/02/2016	PROT. N.3534 del 23/2/19(AVV.ADELE SANTONOCITO)	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI PER NEGLIGENZA ED INCURIA PERSONALE SANITARIO	
8	04/09/2017	PROT. N.3924 del 01/03/19 (AVV.SEBASTIANO PAPPALARDO)	CADUTA ACCIDENTALE	
9	13/12/2018	prot.n. 3928 dell'1/3/2019 avv. Intilla	ricorso ex art. 696 per lesioni a seguito di trattamento riabilitativo in USU	USU
10	21/01/2017	PROT. N. 4222 DEL 06/03/2019 (AVV.TI AGATINO L. DI STALLO E LUSYANA GUCCIONE	INFEZIONE NOSOCOMIALE A SEGUITO D'INTERVENTO DI EXERESI DEL PROCESSO ESPANSIO CELEBRALE	ANESTESIA E NEUROCHIRURGIA
11	30/01/2019	Prot. n 4376,4377.4380 del 8/3/19 (Avv.ti M. Tringali, Avv. G. Camonita)	Richiesta risarcimento danni decesso a seguito intervento di applicazione stent coronarico.	CARDIOLOGIA
12	07/04/2017	Prot. n 4995 18/03/2019 (Avv. DARIO BERTUCCIO)	INFEZIONE NOSOCOMIALE A SEGUITO D'INTERVENTO DA CISTI ALL'EPIDIDIMO	UROLOGIA
13	02/02/2019	Prot. n 5327 22/03/2019 (Avv. SUSANNA VENEZIANO)	USTIONE DI 2° GRADO A SEGUITO DI EGA ARTERIALIZZATO CON GUANTO RISCALDATO	PEDIATRIA
14	29/12/2016	Prot. Gen. 5780 del 29/03/19(Avv. Vignera)	Richiesta risarcimento danno per presunta responsabilità medica per errata sospensione della terapia antiepilettica	MCAU E Medicina Interna
15	13/03/2017	Prot.Gen. 6065 6320 del 3/4/19(Medea Servizi Integrati srl)	Richiesta risarcimento danno per presunte e ineguate prestazione medica	Neurologia
16	12/11/2015	Prot.Gen. 6320 del 6/4/19(avv. Seminara Dario)	Richiesta risarcimento danno per presunta responsabilità professionale non eseguito correttamente intervento dito a martello.	Ortopedia
17	07/11/2018	Prot. gen. 7130 del 20/04/19(Avv.Fabrizio Maugeri)	Richiesta risarcimento danni ...	P.S.
18	16/12/2017	Prot.Gen. 6320 del 6/4/19(avv. TEODORO PRIVITERA)		
19	19/12/2017	Prot.Gen.7353 del 27/4/19 (avv. RENATA SAITTA)	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI PER FRATTURA CLAVICOLA DESTRA AL MINORE NEL MOMENTO DELLA NASCITA	U.O. di GINECOLOGIA
20	10/03/2016	Prot. Gen. 7489 del 30/04/19(Avv. D. Seminara)	Richiesta risarcimento danno per presunta responsabilità sanitaria	118 SUES
21	06/05/2018	PROT. 7511 DEL 02/05/2019 - AVV. GIUSEPPE CASSIBBA	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI A CAUSA DI PRESUNTI GRAVI ESITI INVALIDANTI A SEGUITO D'INTERVENTO CHIRURGICO	U.O.C. UNITA' SPINALE UNIPOLARE
22	25/06/2015	PROT. 8084 DEL 10/05/2019 AVV. COLETTA DINARO	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI A SEGUITO D INTERVENTO CHIRURGICO E SUCCESSIVI INFRUTTUOSI TRATTAMENTI	CHIRURGIA PLASTICA

23	29/08/2019	PROT. 8315 DEL 16/05/2019 AVV. GIOVANNI GARRETTO	RISARCIMENTO DANNI PER LESIONE TRAUMATICA IATROGENA DELLA MILZA	Chirurgia Generale
24	01/08/2017	PROT. 8541 DEL 18/5/19 AVV. SERGIO CONSOLI	Richiesta risarcimento danni a seguito intervento decompressione c4,c5 ,per presunte lesioni dalle quali residuano postumi da tetraplegia	NCH
25	20/06/2018	PROT. 8981 del 25/05/19 AVV. PAOLO LUCCHESI	Richiesta risarcimento danno per caduta, pavimento bagnato non specifica in quale edificio dell'IAOC	Edificio?
26	07/09/2014	PROT. 9180 del 29/05/19 AVV.TI LISA GAGLIANO E DARIO SEMINARA	ERRATO TRATTAMENTO FRATTURA V METACARPO	MCAU
27	30/09/2016	PROT. N. 9652 DEL 06/06/2019 AVV. SCIACCA ANDREA		OTORINOLARINGOIATRIA
28	23/06/2014	PROT. N.9658 DEL06/06/2019 AVV. GIUSEPPE LIPERA	OMESSA O RITARDATA DIAGNOSI	NEURORADIOLOGIA
29	15/05/2018	PROT. N.10996 DEL27/06/2019 AVV.SALVATORE RUNZA		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
30	01/07/2017	PROT. N.11514 DEL06/07/2019 AVV.DONATELLA SABBATINO	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI PER MANCATA TEMPESTIVA DIAGNOSI	Chirurgia Plastica G.U. - Chirurgia Plastica Oncologica
31	23/10/2017 E 19/12,2017	PROT. 0011573 DEL 8/7/2019 AVV. FRANCESCA CONSUELO BILARDO	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNO PER RESPONSABILITA' MEDICA	GINECOLOGIA
32	29/01/2018	PROT. N.0011681 DEL 10/07/2019 AVV. D. Seminara e Avv. L.Gagliano	RICHIESTA RISARCIMENTI DANNI IPER PRESUNTA RESPONSABILITA' SANITARIA	OTORINOLARINGOIATIA
33	04/03/2018	PROT.N.0012514 del 25,07,19 Avv.Gesualda Bizzini	Richiesta risarcimento danni per intervento di artroprotesi anca presso altra struttura, dopo complesso iter medico -diagnostico decadeva presso AOEC.	? Nefrologia, Chir. Generale
34	27/09/2009	prot. n. 013193 del 08,08,2019 Avv. A. Lo Presti	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNO PER PRESUNTA RESPONSABILITA' MEDICA	MALATTIE INFETTIVE
35	09/11/2010	Prot. N. 0014030 del 03/09/2019 Avv.ti Dario Seminara e Lisa Gagliano		SENOLOGIA
36	28/02/2019	Prot. N. 0014185 del 05/09/2019 Avv. Carlo La Forza- e avv. Roberta Giova La Forza	Richiesta risarcimento danno per presunto, limitazione funzionale dito mano sin. Causa intervento chirurgico	
37	26/09/2009 al 30/09/2009	Prot. n.0014468 del 11/09/19 Avv. Gaetana Patrizia Messina	Richiesta risarcimento danno per presunti omessi trattamenti sanitari durante il ricovero	U.O. di Neurochirurgia
38	2016	PROT. N. 15469 DEL 30/09/2019	Richiesta risarcimento danno per presunte protesi infette.	Chirurgia generale
39	04/09/2019 E 05/09/2019	PROT. N. 15473 DEL 30/09/2019 AVV. MATTEO FIDELBO	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI PER ERRATA DIAGNOSI	P.S.
40	10/02/2017	PROT. N. 15587 DEL 06/10/2019 AVV. ALESSANDRO GRECO	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI POSTUMI INVALIDANTI A SEGUITO DI ENUCLEAZIONE DI CISTI VAGINALI	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
41	16/04/2018	PROT. N. 16178 DEL 10/10/2019 AVV.TI GIUSEPPE MARESCA E LISA GAGLIANO	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI PER NON AVER TRATTATO LA LESIONE DEL CORNO POSTERIORE DEL MENISCO INTERNO DEL GINOCCHIO DX	U.O. DI ORTOPEDIA
42	15/05/2016	PROT. GEN. N. 16315 DEL 12/10/19 AVV. SERGIO CONSOLI	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI PER INFEZIONE NOSCOMIALE	P.S. RIANIMAZIONE
43	26/04/2019	PROT. GEN. N. 17092 DLE 26/10/2019 AVV. CASELLA		NEFROLOGIA
44	13/05/2019	PROT. GEN. N.0017746 DEL 8/11/19(Avv. Saccoccio Alessandro)		Nefrologia
45	25/08/2011 AL 29/08/2019	PROT. GEN. N. 0017917 DEL 12/11/19 AVV. RAIMONDO CAMMALLERI	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNO PER PRESUNTA OMESSA DIAGNOSI DURANTE IL RICOVERO	CHIRURGIA TORACICA
46	21/03/2015	PROT. N. 18126 DEL 15-11-2019 AVV. VINCENZA GERMANO		ORTOPEDIA

47	03/11/2015		RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI PER RANULA SOTTOLINGUALE SX, CON VERSAMENTO LIQUIDO AL COLLO A SEGUITO D'INTERVENTO CHIRURGICO	OTORINO LARIGOIATRIA
48		Prot. Gen. n.18518 del 22/11/19 Avv. Eugenio I.m. Barcellona	RICHIESTA RISARCIMENTO DANNO PER PRESUNTA OSTRUZIONE TROMBOTICA ARTERIA FEMORALE DX.	UTIC E CHIRURGIA VASCOLARE
49	11/04/2016	PROT. N. 18584 DEL 23/11/2019 AVV. GIUSEPPE GIACALONE	RISARCIMENTO DANNI PER DISOMOGENEITA' STRUTTURALE DELLE PROTESI A CAUSA DI PRESUNTA ROTTURA INTRA ED EXTRACAPSULARE.	SENOLOGIA
50	04/05/2015	PROT. 19272 DEL 05/12/2019 AVV. GEMELLI MARCELLA		OTORINOLORINGOIATRIA

Infine si comunica che non è stato ancora adeguato il regolamento degli incarichi ai legali, secondo le linee guida approvate dall'Autorità

Se la S.V. vorrà, potrà segnalare alla scrivente percorsi virtuosi intrapresi per ottimizzare le risorse umane e garantire la trasparenza dell'azione amministrativa, anche sottolineando attività avviate di concerto con altri uffici . A questa domanda non è stata data risposta

Dall'esame del report dei sinistri si evince che dal 1/1/2019 al 20/12/2019 i sinistri sono stati 50, per nessuno di essi, almeno così risulta dal report, c'è un procedimento penale.

5.3 Area Personale: incarichi e nomine

L'Azienda ospedaliera Cannizzaro è stata interessata da un processo di riorganizzazione conclusosi con l'adozione dell'Atto Aziendale di diritto privato, adeguato con delibera n. 2449 del 16/09/2019 al documento di riordino della rete ospedaliera di cui al D.A. 22 del 11/01/2019. L'Atto aziendale è stato definitivamente approvato con delibera n. 3647 del 16/12/2019

E' opportuno sottolineare 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.

Nel 2019 con deliberazione n. 3154 del 19/11/2019 sono stati indetti n. 15 concorsi pubblici dell'area medica per titoli ed esami, poiché: ... *“nella vigente dotazione organica aziendale – rideterminata con delibera n. 1496 del 19/05/2017 ed approvata con D.A. n.1413 del 17/07/2017- a seguito di cessazione a vario titolo di dipendenti a tempo indeterminato, si sono resi vacanti numerosi posti di dirigente medico e che ulteriori posti si renderanno prossimamente tali”*.

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 la 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 2019 non è pervenuta alcuna richiesta di accesso civico, e non è pervenuta alcuna segnalazione relativa alla violazione del D.P.R. n. 62 del 2013 (codice di comportamento) e delle eventuali integrazioni previste dal Codice adottato da questa Amministrazione. 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

Sono state adottate misure, ai sensi del D. Lgs. n. 39/2013, per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità, e non sono state adottate misure per la verifica di cause di inconferibilità, che vengono comunque autocertificate dai componenti delle Commissioni di concorso

È stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi. In particolare è stata predisposta una nuova modulistica – approvata con deliberazione n. 1035 del 02/05/2019 per la richiesta di autorizzazione preventiva per l'espletamento di incarico occasionale ai sensi dell'art. 53 del d.lgs 165/2001 e s.m.i

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” costituisce un ulteriore e fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di corruzione e di frode amministrativo-contabile. 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 della 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

Le tabelle di seguito riportate fanno parte del rapporto "Curiamo la corruzione " che il RPCT fa proprie

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).
Violazione del sistema di gestione delle liste d'attesa	Il rischio è rappresentato dalla condotta del medico che viola volutamente le regole e l'ordine previsto dal sistema delle liste d'attesa. Ricorre ogni qual volta il medico, al fine di favorire un particolare paziente, sceglie di svolgere la prestazione medica senza rispettare e utilizzare il sistema delle priorità. Tale rischio può verificarsi in ambito ospedaliero, ambulatoriale e all'interno delle

	commissioni mediche. Comprende le azioni che non modificano direttamente la condizione soggettiva di un paziente. Tra gli espedienti utilizzati per favorire un particolare soggetto si segnala la creazione di falsi pazienti al fine di avere a disposizione un quantitativo di prestazioni mediche aggiuntive e la gestione indebita dei ricoveri e dei luoghi di post degenza.
Favorire pazienti in libera professione	Il rischio descrive la pratica del medico che favorisce i pazienti seguiti tramite la propria attività libero professionale svolta all'interno o all'esterno della struttura sanitaria pubblica. Tale rischio può tradursi sia in un trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione, sia nell'errata indicazione al paziente pubblico delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale così da dirottarlo verso il servizio di intramoenia. Altri rischi sono l'allungamento intenzionale delle liste d'attesa per dirottare i pazienti verso la libera professione o le strutture private

Al fine di predisporre le aree di rischio del Piano Triennale Anticorruzione è stato chiesto al Responsabile della transazione al digitale alla luce delle direttive contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 e prendendo spunto dalle descrizioni contenute nell'Allegato 1: "Indicazioni Metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi (relativamente alla gestione dei processi schema pag18) le seguenti informazioni:

- 1) Dati e relazione attività ALPI
- 2) Stato della informatizzazione sanitaria
- 3) Iniziative realizzate per l'ottimizzazione del CUP

1) Dati e relazione attività ALPI

La RPCT in ottemperanza alle disposizioni vigenti in materia di anticorruzione, legge 190 del 2012 e s.m.i, ha tra i propri obblighi la mappatura dei processi. Ai fini di rendere operativo questo percorso si chiede di descrivere le varie fasi dei procedimenti in cui si articolano i processi sia in merito alla attività dell'ALPI sia in merito alle iniziative realizzate per lo stato della informatizzazione sanitaria.

In altre parole, così come viene descritto nell'allegato 1: ("Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi"), del Piano Nazionale Anticorruzione 2019 i processi si articolano in tre fasi: input (es la richiesta dell'utente o che rappresenta l'inizio di una attività) segue a questa l'attività (l'istruttoria) che consente di raggiungere l'output cioè il risultato atteso del processo. Seguendo ed attenendosi al metodo delineato dall'ANAC si chiede di indicare percorso dell' ALPI, ("con riferimento sia alla fase autorizzatoria sia a quella dello svolgimento effettivo delle attività, nonché rispetto alle relative interferenze con l'attività istituzionale" così come testualmente recita nel paragrafo aree di rischio specifiche il PNA 2016)).

Si sottolinea che: "possibili eventi rischiosi (si cita il PNA 2016 (attività libero professionale) risiedono nelle false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio delle autorizzazioni e della inadeguata verifica dell'attività svolta in intramoenia allargata". Ancora il testo citato evidenzia che: "eventi rischiosi... possono configurarsi l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione dei volumi di attività previsti dall'autorizzazione, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione".

Pertanto si chiede se sono state adottate le misure di contrasto previste nel PNA citato: Informatizzazione delle liste di attesa

Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale

Aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali

Verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione
Adozione di un sistema di gestione informatica dalla prenotazione alla fatturazione

Per quanto riguarda il percorso dello stato dell'informatizzazione sanitaria si chiede di indicare attualmente cosa è stato realizzato e le eventuali criticità.

Infine è opportuno indicare le figure professionali connesse alla corretta realizzazione dei rispettivi processi, i responsabili, i vincoli dei processi (si intendono le condizioni da rispettare in base a previsioni legislative e regolamentari), nonché le risorse finanziarie ed umane per garantire i processi.

Si chiarisce che la mappatura costituisce il presupposto propedeutico per individuare all'interno dei processi le aree di rischio.

Per l'anno 2019 **l'attività libero professionale ambulatoriale** svolta dalla dirigenza medica dell'azienda Cannizzaro sia in regime di intramoenia (all'interno dell'azienda) che della residuale 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 vs 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 ai rischi paventati nell'allegato 1 del PAC 2019/2021 si precisa che:

a) le richieste di attività libero-professionale riguardano esclusivamente lo svolgimento di tale attività in regime di intramoenia, essendo considerata residuale l'attività libero-professionale in allargata ((Balduzzi).

b) L'autorizzazione avviene previa valutazione della Direzione Sanitaria.

c) L'attività libero-professionale di ogni singolo medico può essere svolta solo secondo le agende vidimate dalla Direzione sanitaria. Qualunque prestazione difforme rispetto ai giorni autorizzati e agli orari previsti, non essendo visualizzabile dall'operatore di cassa inibisce qualunque forma di pagamento al di fuori dei giorni e degli orari previsti.

d) E' in corso di esecuzione l'integrazione tra l'applicativo che gestisce informaticamente l'ALPI, da una parte, e l'applicativo di gestione delle timbrature, dall'altro. Da tale integrazione deriva non solo il controllo dei tempi di svolgimento dell'ALPI, ma l'attività stessa è inibita se il medico risulta ancora timbrato in istituzionale (mancata visualizzazione dell'agenda ALPI e inibizione dell'abilitazione della cassa ai pagamenti).

Relativamente all'attività libero professionale eseguito 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.

Periodicamente, infine, si riunisce la commissione paritetica (azienda/parti sociali) per la verifica del corretto svolgimento dell'attività libero professionale.

L'attività libero professionale chirurgica 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 registrato in appositi log la cui consultazione da parte della Direzione Sanitaria rende visibile l'operatore, la tempistica e la modifica effettuata.

6.2 Stato dell'informatizzazione e CUP

Dal settembre 2015 l'azienda Cannizzaro ha avviato 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. 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.

Dal 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 settembre 2018 anche l'accettazione/dimissione/trasferimento (ADT) dei pazienti che transitano dal nostro nosocomio vengono effettuate 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 (SDO).

Infine, sempre dal mese di settembre 2018, 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.

3) Iniziative realizzate per l'ottimizzazione del CUP

Il servizio di prenotazione aziendale ha subito sin dal 2016 il medesimo processo di informatizzazione e di implementazione per ottimizzare la tracciabilità dei pagamenti. Relativamente alle prenotazioni vale quanto detto ai punti 1) e 2) per i pagamenti sono stati acquisiti nuovi e più numerosi POS in grado di consentire ad ogni sportello pagamento la massima disponibilità all'utilizzo

del pagamento elettronico. Il personale 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 tutt'ora in atto con l'utilizzo di nuovi mezzi di lavoro, tutti connessi con i sistemi di monitoraggio aziendale.

E' già operativo il pagamento digitale delle prestazioni tramite il sistema PagoPA, che, contribuendo a snellire le operazioni di sportello, elimina all'utenza fastidiose file di attesa per i versamenti. 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.

Allo scopo di ridurre l'incidenza dei tempi di attesa sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie sono in corso le integrazioni tra il CUP aziendale ed il CUP provinciale, nonché -in via sperimentale- l'integrazione con il Sovra CUP regionale.

Da quanto sin qui esposto si possono delineare le figure professionali connesse alla corretta realizzazione dei processi descritti e che -per competenza- investono vari e diversi uffici. Così, la Direzione Sanitaria è preposta alla fase autorizzativa e dei controlli, sovrintendendo all'attività del CED nella compilazione delle agende ALPI, alle verifiche sui tempi, modalità di esecuzione, liste di attesa e volumi di attività svolti dal personale medico in ALPI ed allargata; negli studi esterni, inoltre, la Direzione Sanitaria, cura l'esecuzione delle visite ispettive di controllo. L'Ufficio del Responsabile per la Transizione al Digitale -in raccordo con CED, CUP, Ufficio Economico Finanziario, DPO, Ingegneria Gestionale e sotto l'impulso della Direzione Strategica- cura in uno con la Direzione Sanitaria l'evoluzione digitale delle procedure, sia sotto il profilo della funzionalità che del rispetto delle normative vigenti.

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).

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 2019, 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 qualitativi 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.

6.6 Rischio Clinico

In merito all'attività inerente il Rischio Clinico nel corso del 2019, sono state poste determinate domande dal RPCT alla Dirigente Sanitaria, Responsabile del Rischio clinico

1) In particolare è stato chiesto quali misure sono state adottate dall'Azienda per prevenire il rischio

2) Se nel corso del 2019 è stato effettuato il monitoraggio del rischio clinico.

La responsabile dell'Anticorruzione ha anche chiesto di descrivere le varie fasi in cui si articolano i processi ed i rischi che possono scaturire da tali attività. Il focus era rappresentato dalle

indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi del PNA 2019, secondo il quale i processi si articolano in tre fasi: input (la richiesta dell'utente che rappresenta l'inizio di una attività, segue a questo l'attività (l'istruttoria) che consente di raggiungere l'output cioè il risultato atteso del processo. Alla luce di queste indicazioni è stato chiesto di indicare il percorso delle attività del rischio clinico. Si chiedeva anche di indicare le figure professionali connesse alla corretta realizzazione dei processi, partendo dalla mappatura che costituisce il presupposto propedeutico per individuare all'interno dei processi le aree di rischio.

Riportiamo di seguito le parti essenziali della risposta (prot. 156/D.S.):

1) L'Azienda nel corso degli ultimi anni ha posto notevole attenzione alla gestione del rischio clinico, promuovendo ogni utile iniziativa per **l'analisi, il monitoraggio e controllo dello stesso**. La sicurezza del paziente è uno dei principali indicatori delle qualità delle cure del SSN, pertanto la gestione del rischio clinico riveste una notevole importanza. Nel 2019 **sono state implementate alcune procedure per la gestione del rischio, nonché percorsi diagnostico-terapeutici multi professionali e multi disciplinari in collaborazione con le UU.OO. del presidio**.

Per quanto concerne la **formazione**, l'UOS del rischio clinico ha promosso ed effettuato un corso di aggiornamento sulla gestione della sicurezza in Sala Operatoria rivolta a operatori sanitari medici ed infermieri dell'Azienda in collaborazione con il Comitato per la lotta e prevenzione delle infezioni nosocomiali un corso di formazione per il personale sanitario aziendale (medici infermieri tecnici) sulla prevenzione delle Infezioni. Sono state aggiornate in collaborazione con il Comitato per la lotta e prevenzione delle infezioni nosocomiali alcune procedure aziendali.

2) Per quanto concerne il monitoraggio nel 2019 sono stati puntualmente inviati i dati relativi agli eventi sentinella attraverso il flusso SIMES al Ministero; sono stati infine monitorati alcuni eventi avversi (es cadute) di maggiore rilievo per cui si è ritenuto necessario procedere agli audit con il personale coinvolto.

6.7 Attività post-decesso

Nell'allegato 1 al PNA 2019 "*Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi*", riguardo alle attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero, si rimanda alla parte speciale I – SANITA' dell'aggiornamento 2015 al PNA e parte speciale IV- SANITA' del PNA 2016.

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
Difformità 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

Questa azienda come aveva già stabilito nel P.T.P.C. 2019-2020 ha adottato il: “*Regolamento aziendale per la gestione dei pazienti deceduti in ospedale*”, che è stato pubblicato sul sito aziendale “*Amministrazione trasparente*” alla voce : “Atti generali”, sottotitolo: “*Atti amministrativi generali*”. L'azienda ospedaliera attraverso questo regolamento risponde alla domanda di cura e di accompagnamento che il morente e i suoi familiari indirizzano alla struttura. L'ospedale assicura intimità, rispetto, accoglienza ed umanità ai congiunti, garantisce il rispetto della dignità della persona anche nel momento del distacco.

L'esperienza della morte, avvenuta nel nosocomio non dovrebbe essere ulteriormente gravata da percezioni di estraneità nei confronti dei parenti o da disorganizzazione nei processi gestionali.

La procedura si prefigge di organizzare il percorso di assistenza post mortem, garantendo la sicurezza igienico ambientale in ottemperanza alla normativa vigente, con particolare attenzione alle azioni anticorruzione.

6.8 Altri aspetti in sanità: comitati etici

A seguito 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 2016.

Tenuto conto la direttiva assessoriale citata (25687/2019 aveva previsto il Regolamento per le sperimentazioni cliniche L'Azienda in ragione del fatto che la ricerca clinica rappresenta uno degli obiettivi da perseguire come finalità istituzionale, con deliberazione n. 3085 del 12/11/2019 ha adottato il “Regolamento per la conduzione della sperimentazione di FASE II, III; e IV all'interno dell' Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro”.

7. Analisi dei rischi e mappatura dei processi

Il RPCT in ottemperanza alle disposizioni vigenti in materia di anticorruzione, legge 190 del 2012 e s.m.i, ha tra i propri obblighi la mappatura dei processi che si articola in varie fasi, come viene descritto nell'allegato 1: (“Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi”), del Piano nazionale anticorruzione 2019. Riguardo il citato PNA 2019 l'approccio che l'ANAC ha privilegiato per l'analisi del rischio è stata definita dalla stessa autorità di tipo: “**Qualitativo**”. Nell'analisi di tipo qualitativo “*l'esposizione al rischio è stimata in base a stimate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tale valutazione anche se supportata dai dati, non prevedono (o non dovrebbero prevedere) la loro rappresentazione finale in termini numerici*”

In altre parole il RPCT ha preso come modello “*le Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi*”, del Piano nazionale anticorruzione 2019 così come sono descritti nell’allegato 1 e ha seguito il seguente metodo fra quelli prospettati: i processi si articolano in tre fasi: **input** (es la richiesta dell’utente) segue a questa **l’attività istruttoria** che consente di raggiungere **l’output** cioè il risultato atteso del processo. Seguendo ed attenendosi a questo percorso metodologico delineato dall’ANAC, il Responsabile anticorruzione ha anche chiesto ai Responsabili delle Aree di rischio di indicare il percorso, contestualizzandolo e adeguando i quesiti rispetto alle principali aree di rischio. Infine ha domandato di indicare le figure professionali connesse alla corretta realizzazione dei rispettivi processi, i responsabili, i vincoli dei processi (si intendono le condizioni da rispettare in base a previsioni legislative e regolamentari), nonché le risorse finanziarie ed umane per garantire i processi. Per la verità quest’ultimo quesito è rimasto disatteso.

“La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi decisionali, e, in particolare, dei processi di programmazione, di controllo e di valutazione...” “*La gestione del rischio deve tendere ad una effettiva riduzione del livello di esposizione dell’organizzazione ai rischi corruttivi e coniugarsi con criteri di efficienza e di efficacia complessiva dell’amministrazione, evitando di generare oneri organizzativi inutili o ingiustificati e privilegiando misure specifiche che agiscono sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull’integrità*”.

L’Amministrazione ha individuato la mappa delle aree e dei processi aziendali, con relativo rischio corruttivo, che si prevede di monitorare e gestire nel 2020 (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 e coordinato il sistema di gestione del rischio corruttivo con l’attività di verifica, vigilanza e monitoraggio da parte della funzione di internal audit 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 2016) 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 "*adequatezza 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 2020, 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 approvato con deliberazione n.376 del 30/01/2020, dal Direttore Generale ed è stato 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, 2019/2021 e nel presente piano. 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 2020 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 2019, 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 2020 - Dettaglio

Area	Descrizione	Modalità	Data
<u>Anticorruzione e Trasparenza</u>	Archiviazione leggi e regolamenti	Verifica sul sito istituzionale	06/2020 12/2020
<u>Controllo di Gestione</u>	Contabilità analitica e reporting aziendale	Verifica documentale	06/2020 12/2020
<u>Sistemi informativi</u>	Integrazione SW e progetti di sviluppo	Colloqui con i responsabili di struttura	06/2020 12/2020
<u>Piano Investimenti</u>	Processo di programmazione investimenti	Verifica documentale	06/2020 12/2020
<u>Ricognizione cespiti</u>	Inventario fisico periodico cespiti	Colloqui con i responsabili di struttura	06/2020 12/2020
<u>Inventariazione beni</u>	Inventario periodico beni sanitari	Verifica documentale	06/2020 12/2020
<u>Magazzino</u>	Procedura relativa a carichi e scarichi	Verifica sul sistema ausiliario aziendale	06/2020 12/2020
<u>Rimanenze</u>	Raccordo Co.Ge. vs contabilità sezionale	Verifica documentale	06/2020 12/2020
<u>Patrimonio Netto</u>	Processo autorizzativo operazioni su PN	Verifica documentale	06/2020 12/2020
<u>Revisione Contabile</u>	Procedure di verifica su cespiti e rimanenze	Verifica documentale	06/2020 12/2020
<u>Beni e Servizi</u>	Procedure di approvvigionamento	Colloqui con i responsabili di struttura	06/2020 12/2020
<u>Personale Dipendente</u>	Raccordo Co.Ge. vs contabilità sezionale	Verifica documentale	06/2020 12/2020
<u>Debiti e Costi</u>	Procedure di monitoraggio debiti	Verifica documentale	06/2020 12/2020
<u>Crediti e Ricavi</u>	Procedure di monitoraggio crediti	Verifica documentale	06/2020 12/2020

<u>Servizio di Tesoreria</u>	Gestione incassi e pagamenti	Verifica documentale	06/2020 12/2020
<u>Disponibilità Liquide</u>	Procedure di verifica su operazioni di tesoreria	Verifica sul sistema ausiliario aziendale	06/2020 12/2020

Il Piano annuale delle attività di audit è stato predisposto di regola a cura della funzione Internal Audit 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, 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 Espletamento di attività libero-professionale intramuraria	Alterazione della lista d'attesa attraverso il mancato rispetto delle priorità > BASSO Utilizzo improprio dell'attività libero-professionale in luogo di quella istituzionale > MEDIO	Verifica sui volumi di attività libero-professionale erogata e sui tempi di attesa delle prestazioni	Funzionario addetto alla gestione A.L.P.I.
	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 Verifiche DURC	Pagamenti non autorizzati al fine di favorire soggetti estranei > BASSO Tendenza a favorire un fornitore con pagamenti anticipati > BASSO Tendenza a favorire un fornitore attraverso la mancata verifica della regolarità DURC > BASSO	Applicazione Percorsi Attuativi di Certificabilità	
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	Abuso della procedura negoziata al fine di favorire una o più imprese > BASSO	Rispetto degli obblighi di trasparenza	Responsabile del Settore
	Omissione o alterazione delle verifiche in capo all'aggiudicatario	Individuazione discrezionale degli operatori economici da consultare > BASSO		
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

7.3 Risk Assessment

Questa Azienda ha posto in essere la valutazione dei processi e delle procedure aziendali alla data del 31 dicembre 2019, definendo al contempo la "Relazione di risk assessment – anno 2020" con l'obiettivo di perseguire una efficace gestione dell'organizzazione amministrativo-contabile anche attraverso la valutazione della significatività dei rischi, accertandone l'adeguata comprensione e l'appropriata gestione.

In tale contesto di riferimento, il presente "Report di Risk Assessment – anno 2019", redatto in via complementare la sopra citata relazione, rappresenta elemento concorrente alla complessiva

valutazione del processo di identificazione e valutazione dei rischi, unitamente ai documenti aziendali “Piano triennale di prevenzione della corruzione 2020-2022”

L’attività di audit ha riguardato la verifica dei processi e delle procedure aziendali relativi alle aree P.A.C. già definite al primo step del 30 novembre 2016 (Area Generale, Area Immobilizzazioni, Area Rimanenze, Area Patrimonio Netto) e al secondo step del 30 ottobre 2017 (Area Crediti e Ricavi, Area Debiti e Costi, Area Disponibilità Liquide).

La verifica delle procedure in essere è stata affiancata da quella sui processi amministrativo-contabili in termini di adeguatezza a standard di certificabilità e con riferimento al quadro normativo. L’attività ha riguardato altresì l’impatto del sistema informativo sui processi amministrativo-contabili, espresso in termini di capacità di supportare e abilitare i processi medesimi.

Il processo di identificazione e valutazione dei rischi aziendali è stato invece riferito a 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.

Da un punto di vista metodologico, l’incertezza del rischio è stata valutata da due prospettive (probabilità e impatto) e rappresentata graficamente attraverso la matrice di Risk Assessment:

Matrice di Risk Assessment

Probabilità					
Impatto					

LEGENDA	
	Rischio basso
	Rischio medio
	Rischio significativo
	Rischio alto

Alla luce dell’esito del monitoraggio svolto, in ultimo rappresentato attraverso la “Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche I.A. al 31 dicembre 2019”, l’impianto complessivo di governance dell’Azienda è risultato idoneo al raggiungimento degli obiettivi del processo del Controllo Interno.

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

Di seguito una rappresentazione di sintesi del livello di rischio rilevato dalla funzione Internal Audit nell’anno 2019, espresso con riferimento a ciascuna area P.A.C.

Matrice AOE Cannizzaro - 2019

Area P.A.C.		Livello di rischio associato			
		Basso	Medio	Significativo	Alto
<u>Area A</u>	<u>Generale</u>				
<u>Area D</u>	<u>Immobilizzazioni</u>				
<u>Area E</u>	<u>Rimanenze</u>				
<u>Area F</u>	<u>Credit e Ricavi</u>				
<u>Area G</u>	<u>Disponibilità Liquide</u>				
<u>Area H</u>	<u>Patrimonio Netto</u>				
<u>Area I</u>	<u>Area Debiti e Costi</u>				

Le principali criticità e conseguenti azioni correttive rilevate in sede di audit hanno riguardato le macroaree di intervento relative ai sistemi informativi 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.

Sulla scorta della procedura aziendale per la realizzazione di inventari fisici periodici su campioni qualificati, l'Azienda ha inoltre valutato positivamente l'opportunità di portare a compimento la ricognizione straordinaria di tutti i beni aziendali di proprietà, che dunque riguarderà tutti i consegnatari-subconsegnatari e tutte le categorie di beni quale conseguenza della definizione del fabbisogno aziendale e di un'attenta organizzazione, condivisione, programmazione e calendarizzazione delle attività.

I dettagli sono contenuti nel relativo documento di report.

8 Misure previste e attuate

8.1 Formazione

Nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019, parte III: "Le misure generali di prevenzione della corruzione e il piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza" paragrafo 2: "PTPCT e formazione", si pone in evidenza che "... *formazione in materia di prevenzione della corruzione basata prevalentemente sull'analisi della regolazione e delle disposizioni normative rilevanti in materia: Tale approccio non vuole essere assolutamente svalutato, ma si ritiene debba essere arricchito sia con il ruolo più attivo dei discenti,*

valorizzando le loro esperienze, sia con un lavoro su casi concreti che tengano conto della specificità di ogni amministrazione”

Questa Azienda nel triennio 2020/2022, farà propri i contenuti del PNA 2019, in materia di formazione e agirà coerentemente alle linee delineate nel Piano soprattutto fa proprio il concetto secondo il quale la formazione: *“sia sempre più orientata all’esame di casi concreti calati nel contesto delle diverse amministrazioni e favorisca la crescita di competenze tecniche e comportamentali dei dipendenti pubblici in materia di prevenzione della corruzione”*

In materia di anticorruzione all’interno di questa Azienda la RPCT, nel 2019 con nota prot. gen. 17690 è stata autorizzata dal Direttore Generale a svolgere con scadenza periodica (generalmente mensile), nell’ambito del Corso di formazione obbligatoria inerente il D.L. 81/08, una lezione della durata di un’ora rivolta a tutti i dipendenti della Azienda (Dirigenti Medici; Infermieri; Dirigenti amministrativi, funzionari) che si avvicendano mensilmente generalmente per ogni incontro si registra la presenza di 25 iscritti. Alla fine della lezione viene rilasciato un attestato di frequenza : *“Corso di Formazione quadro normativo anticorruzione e trasparenza”*.

E’ opportuno ricordare che al fine di valorizzare il ruolo strategico della formazione, la Direzione apicale di questa Azienda Ospedaliera, con deliberazione n. 3002 del 29/11/2016 e nell’ambito dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (P.A.C.), ha approvato il “Piano Formativo aziendale in materia di controlli di legalità e trasparenza” redatto in ossequio alla normativa vigente in materia di anticorruzione. Nel 2019 l’Azienda ha adottato il Piano Formativo Aziendale che è stato preceduto dal **monitoraggio del fabbisogno formativo inviato ai Direttori delle UU.OO, ai coordinatori delle UU.OO** affinché gli attori del sistema presentino proposte in sintonia con la mission aziendale.

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.

La RPCT ha partecipato a Roma, al Centro Convegni della Banca d’Italia, il 9 maggio 2019 alla 5° giornata Nazionale e di Incontro con i Responsabili di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza a Roma, partecipando alla sezione: “Nomina, Rotazione e Revoca del RPCT alla luce delle recenti decisioni dell’ANAC”.

La RPCT ha anche preso parte al 1° Convegno Nazionale sul tema: “Conflitto di interessi in Sanità tra pubblico e privato” che si è tenuto a Catania nel Palazzo della Regione Siciliana il 21 giugno 2019. Tra i relatori segnaliamo: l’avv. Angelita Caruocciolo che ha affrontato il tema: “La gestione del conflitto di interesse in sanità: equilibrio tra esigenza normativa e sostenibilità operativa.” Ha concluso i lavori la prof.ssa Nicoletta Parisi consigliera nazionale dell’ANAC: “Il contesto internazionale come fonte di ispirazione dell’assetto domestico”.

Per completezza di informazione si sottolinea che l’Ufficio Formazione per aggiornamento professionale di questa Azienda, in ottemperanza alle recenti disposizioni in materia di accreditamento ha predisposto per la Dirigenza Medica ed infermieristica il Piano formativo 2019 trasmesso all’Agenas.

Occorre sottolineare che in Sicilia gli R.P.C.T., da circa quattro anni 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 generalmente 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 è stata organizzata in data 28 giugno 2019 in questa Azienda Ospedaliera dal Settore Provveditorato ed Economato su questo tema : “Ruoli e Responsabilità dei fornitori e farmacisti nei processi pubblici di acquisto”: Il convegno è stato indirizzato ai dipendenti ma era rivolto anche a dirigenti e funzionari di altre Aziende.

Sono stati trattati temi inerenti la farmaco vigilanza e la gestione del rischio, sui costi sanitari indiretti e gli obiettivi LEA.

8.2 Codice etico-comportamentale

Si prende atto che nell' aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione, contenute nella parte III capitolo 1.3 che riguarda i Codici di Comportamento, l'ANAC dopo aver evidenziato che l'Autorità: “ha il compito di definire criteri, linee guida e modelli uniformi con specifico riguardo a singoli settori o tipologie di amministrazione, ai sensi dell'art.54, co.5 del d.lgs 165/2001”, e “nell'esercizio di tale potere” attraverso la delibera n. 75 del 24 ottobre 2013 ha definito le prime linee guida in materia. L'Autorità ha quindi messo in risalto che sono in corso di adozione nuove linee guida, “per superare le criticità riscontrate nella prassi delle amministrazioni nell'adozione e nell'attuazione dei codici”. Pertanto questa Azienda Ospedaliera, alla luce delle suddette considerazioni, stabilisce che adotterà l'aggiornamento del Codice di Comportamento successivamente alla definizione delle linee guida dell'ANAC.

Nel capitolo citato l'Autorità ricorda che è necessario che il Codice di comportamento adottato da ogni singola amministrazione sia frutto di una procedura aperta che garantisca la più ampia partecipazione, e sia sottoposto al parere obbligatorio dell'OIV.

E' opportuno ricordare 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 ha constatato più volte che i Codici di comportamento 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, come già detto, dopo aver sottolineato che le Amministrazioni potranno adottare il PTPC 2020-2022 non preoccupandosi di aggiornare il Codice di Comportamento, mette in risalto che il codice dovrà avere “un approccio concreto”, per permettere ai dipendenti di “comprendere con facilità il comportamento eticamente e giuridicamente adeguato”

Nello stesso capitolo: “Si suggerisce al RPCT di affiancare al lavoro relativo alla individuazione delle misure di prevenzione della corruzione ...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 possono rivelare utili in fase di proposizione del Codice”. In particolare è opportuno chiedersi se i doveri del codice nazionale 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 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.

Per quanto concerne il codice di comportamento, l'Anac stabilisce che essi non sono ben altra cosa rispetto al Codice Etico. Infatti quest'ultimo si caratterizza per una "dimensione valoriale, e non disciplinare e sono adottati ..al fine di fissare doveri spesso ulteriori" La peculiarità consiste nelle sanzioni che hanno natura etico- morale e sono irrogate al di fuori di un procedimento disciplinare. I codici di comportamento fissano doveri, essi vanno rispettati in quanto posti dall'ordinamento giuridico a prescindere dalla personale adesione, di tipo morale, del funzionario.

Il Codice di questa Azienda Ospedaliera 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.

Le norme contenute nel Codice si applicano non soltanto ai dipendenti, ma anche : "a tutti i collaboratori e consulenti con qualsiasi tipologia di contratto o incarico a qualsiasi titolo"

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 2020/2022.

8.3 Rotazione degli incarichi

Nell'aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione, è stato dedicato alla rotazione un ampio spazio, dimostrando che l'ANAC ritiene centrale questo argomento, poiché: *“rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione”*. Richiamiamo le parti che costituiscono la guida delle presenti considerazioni. Nella parte III viene trattato nel paragrafo 1.2 la “Rotazione Straordinaria”, nel paragrafo 3 “PTPCT e Rotazione “ordinaria” par. 3.1: “Vigilanza Anac sulla misura della rotazione ordinaria”. Infine l'Allegato 2 al Piano tratta: “La rotazione “ordinaria” del personale. L'Anac puntualizza che la rotazione è una delle misure previste dalla legge 190/2012, nell'articolo.1 ai seguenti commi: 4 lett.e), 5, lett.b), 10 lett. b) (rotazione ordinaria). Per quanto riguarda la rotazione “straordinaria” che si applica nel caso di eventi corruttivi o di mala gestione trova fondamento normativo nel d.lgs n. 165 del 30 marzo 2001 art. 16 comma 1, lett.l-quater.

L'Autorità raccomanda di indicare nel piano in quale misura le Amministrazioni fanno ricorso alla rotazione e a quale atto si rinvia. Si chiarisce che sarà cura di questa Azienda redigere durante quest'anno apposito regolamento in materia. Questa Amministrazione riconosce che la rotazione ordinaria 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 fornitori o 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.

Si prende atto che in materia altri fondamentali documenti sono rappresentati dalle Linee guida contenute nella Determinazione n. 1134 dell'8 novembre 2017 e dalla delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l – quater, del d.lgs n.165 del 2001.) Questa Azienda nella redazione del Regolamento terrà conto che in alternativa alla Rotazione sono state previste dall'Autorità le seguenti misure riportate testualmente:

“Articolazione delle competenze (c.d.”Segregazione delle funzioni”) con cui sono attribuite a soggetti diversi i compiti relativi a: a) Svolgimento di istruttoria e accertamenti b) Adozione di decisioni c) Attuazione delle decisioni prese d) effettuazioni delle verifiche”. L'Autorità chiarisce a riguardo che nel rispetto del dettato normativo l'ambito organizzativo riguarda tutti i dipendenti. Nell'allegato 2 vengono elencati i vincoli connessi a questo istituto suddivisi in soggettivi e oggettivi. Nella prima categoria viene sottolineato che è nello spirito della normativa adottare misure di rotazione che siano compatibili con eventuali diritti di dipendenti interessati. Si fa riferimento sia ai diritti sindacali sia alle leggi che tutelano i permessi per assistere un familiare disabile (legge 104/1992) e sia al congedo parentale (decreto 151/2001).

In merito alla tipologia dei diritti richiamati bisogna effettuare la informativa alle organizzazioni sindacali che possono redigere proposte, senza la necessità di aprire una negoziazione. In merito ai vincoli oggettivi, si ricorda che l'ANAC ai sensi della delibera n. 13 del 4 febbraio 2015, a garanzia del buon andamento dell'azione amministrativa, ha adottato il criterio secondo il quale non è opportuno affidare incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie. Per quanto concerne la rotazione del personale in Sanità nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016 è contenuta un'apposita sezione (VII).

L'ANAC pone l'accento: *“In sanità l'applicabilità del principio di rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione delle specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali”*

Nella richiamata sezione, viene messo in evidenza che tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi possa essere quello della infungibilità derivante dalla appartenenza a professionalità specifiche, in particolar modo recita testualmente il PNA 2016: *“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”*. L'infungibilità attiene anche a specifiche competenze tecniche in possesso di determinate figure professionali (ingegneria clinica, fisica sanitaria etc.). Oppure a titolo esemplificativo la funzione del Servizio di prevenzione e protezione fa riferimento ad una professionalità acquisita che è difficile trasmettere ad altri.

L'Autorità suggerisce di mappare gli incarichi in maniera da contemperare l'esigenza di professionalità con quella del mantenimento del principio di competenza

Il Piano 2019 suggerisce di adottare una visione prospettica scegliendo una pianificazione delle esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze ed ancora si suggerisce di far rotare il personale non dirigenziale preposto ad attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione. *“Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può contribuire a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività.”* Il PNA 2019 consiglia determinate misure organizzative atte ad avere un effetto analogo a quello della rotazione. Questa Azienda Ospedaliera fa proprie le seguenti:

“Nelle aree ..più a rischio e per le istruttorie ..delicate potrebbero essere preferiti meccanismi di condivisione delle fasi procedurali. Ad esempio il funzionario istruttore può essere affiancato da un altro funzionario...in modo che più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria” Altro criterio riportato nell'allegato 2 del PNA 2019 che questa Amministrazione ha già adottato riguarda: *“La doppia sottoscrizione degli atti”*. Infatti gli atti deliberativi sono firmati sia dal funzionario che cura l'istruttoria sia dal Direttore o dal Responsabile della Struttura.

Nel presente piano, così come viene stabilito dall'ANAC vanno indicati i criteri che saranno oggetto, come già detto, di un apposito regolamento, nel quale saranno individuati gli uffici e la fissazione della periodicità da sottoporre a rotazione. Questa amministrazione è consapevole che riguardo le misure adottate sarà data preventiva informativa alle organizzazioni sindacali, in maniera che le stesse possano presentare proposte. Non sarà comunque necessaria l'apertura di una fase di negoziazione.

E' opportuno che si adotti un criterio di gradualità nella rotazione, partendo- per il personale non dirigenziale, - dai responsabili delle aree maggiormente esposte a rischio. Nell'ambito dello stesso ufficio è opportuno che la rotazione del personale dirigenziale e dei funzionari si programmi in tempi diversi per evitare che si verifichi un depauperamento delle competenze.

Come indicato nell'allegato 2 del PNA 2019 il monitoraggio sulle misure adottate sarà attuato a giugno, successivamente all'adozione del regolamento ed a novembre.

Per il personale non dirigenziale, come proposto nel suddetto allegato si potrebbe attivare una procedura di interpello per individuare i soggetti che intendano ricoprire posizioni organizzative. Nello stesso ufficio si può realizzare una rotazione così detta “funzionale”, che si basa sulla rotazione periodica dei responsabili dei procedimenti e delle relative istruttorie. Negli uffici a contatto con il pubblico può realizzarsi l'alternanza tra chi opera nel back office e chi lavora nel front office.

Questa Azienda Ospedaliera, in ottemperanza alle disposizioni legislative in materia, ha tracciato 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 2019, sono stati sottoposti a rotazione come misura di prevenzione del rischio, anche nell'area infermieristica, come emerge dai dati trasmessi dal Settore del Personale (nota del 16 dicembre 2019):

2 dirigenti medici 28 infermieri, 1 operatore socio sanitario, 1 assistente amministrativi, 1 coadiutore amministrativi. 1 commesso.

Brevemente si fa cenno alla rotazione straordinaria, che come è noto trova fondamento giuridico nell'art. 16 comma 1 lett. 1 –quater del d.lgs. 165/2001 che stabilisce di attivare la rotazione *“del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”* come: *“misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi”* L'Autorità, come già accennato, ha emanato la deliberazione n. 215 del 2019: *“Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione di cui all'art.16, comma 1, lettera l quater, del d.lgs n.165 del 2001”*

Il predetto documento è stato redatto per far fronte alle criticità riscontrate quali: *“la mancata comunicazione dell'avvio del procedimento penale da parte del dipendente interessato”* oppure: *“le amministrazioni, avuto formale notizia di procedimenti penali di natura corruttiva, non sempre procedono alla rotazione straordinaria assegnando il dipendente ad altro ufficio o servizio”* e: *“al fine di meglio chiarire quali siano le condotte corruttive presupposto per l'adozione della rotazione straordinaria...”* L'analisi dell'Anac in merito alla normativa in vigore mira a individuare sia la fase del procedimento penale in cui occorre misurare la condotta dei dipendenti, sia la tipologia dei reati per i quali la Pubblica Amministrazione deve adottare la misura della rotazione straordinaria. L'Autorità esamina i contenuti della legge 27 marzo 2001, n. 97 recante: *“Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni”* e addivene alle seguenti conclusioni: *“Dall'esame della norma, con riferimento alle conseguenze del procedimento penale sul sottostante rapporto di lavoro, si può ritenere che, con riferimento ai delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319-ter, 319- quater e 320 del codice penale e dell'articolo 3 della legge 9 dicembre 1941, n.1383: a) in caso di rinvio a giudizio, per i reati previsti dal citato articolo 3 l'amministrazione sia tenuta a trasferire il dipendente ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansione e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza. In caso di impossibilità (in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi) il dipendente è invece posto in posizione di aspettativa, o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento; b) in caso di condanna non definitiva, i dipendenti sono sospesi dal servizio (ai sensi del richiamato art.4); c) nel caso di pronunciata sentenza penale irrevocabile di condanna, ancorché a pena condizionalmente sospesa, l'estinzione del rapporto di impiego può essere pronunciata a seguito di procedimento disciplinare (ai sensi del richiamato art.5).*

L'ANAC mette in evidenza che i provvedimenti adottati (il trasferimento d'ufficio conseguente al rinvio a giudizio) rappresentano misure amministrative obbligatorie, atte a tutelare l'imparzialità della Pubblica Amministrazione e non hanno natura sanzionatoria. Questi concetti vengono ribaditi nell'esame dell' istituto della rotazione straordinaria previsto dall'art. 16, comma 1, lett. L- quarter del d.lgs 30 marzo 2001 n. 165, che stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali: *“provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte dall'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”* Tale provvedimento *“trattandosi di una norma di principio”* si applica a tutte le amministrazioni, a tutte le figure dirigenziali, e a tutti coloro che instaurano rapporti con la

pubblica amministrazione, dipendenti e dirigenti, esterni ed interni, a tempo determinato e indeterminato. L'Autorità ritiene che il testo della norma sia lacunoso e conclude affermando che: *“L'elencazione dei reati (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322 –bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale) di cui all'articolo 7 della legge n.69 del 2015 per “fatti di corruzione” possa essere adottata anche ai fini della individuazione delle “condotte di natura corruttiva” che impongono la misura della rotazione straordinaria ai sensi dell'art. 16 co.1, lettera l-quater del d.lgs 165 del 2001”* L' Anac precisa che ai sensi dell'art.335 c.p.p. che “l'avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva” ha inizio: *“al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato”*.

L'amministrazione mediante un provvedimento motivato dispone il trasferimento del dipendente, che in analogia dell'art.3 della legge n.97/2001, avviene assegnandogli altro incarico o spostandolo in altra sede.

In relazione alla tipologia del rapporto di lavoro il suddetto provvedimento può essere impugnato davanti al giudice amministrativo o al giudice ordinario competente per territorio. Al dipendente l'amministrazione assicura la possibilità del contraddittorio.

Partendo dai dati concreti che si evincono dalla nota citata del Settore del Personale emerge che in questa Azienda non si sono verificati eventi corruttivi nelle seguenti aree a rischio:

- 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
- incarichi e nomine

Dai dati ricavati dall'Ufficio disciplinare per il personale delle Dirigenze e dall'Ufficio per i procedimenti disciplinari dell'area del comparto è stato accertato che nel corso del 2019 non si sono verificati eventi corruttivi riconducibili a reati relativi ad eventi corruttivi.

Nel comparto si sono registrati due procedimenti disciplinari sospesi in attesa di definizione di quello penale, mentre nell'ambito della dirigenza non si sono verificati procedimenti disciplinari riconducibili a comportamenti penalmente rilevanti.

Questa Azienda Ospedaliera in ottemperanza alle disposizioni legislative in materia ha tracciato nel presente P.T.P.C. i criteri della rotazione secondo le disposizioni della legislazione vigente e le linee guida dell'ANAC che come già scritto saranno oggetto di apposito regolamento.

8.4 Trasparenza e accesso civico

“La propensione al segreto, come notava Max Weber studiando il sistema tedesco nel primo novecento è d'altra parte un dato tipico delle burocrazie: un carattere che si è preservato a lungo, in assenza di regole volte ad assicurare l'affermazione dell'opposto principio di pubblicità”... *“E' di Bobbio una delle migliori definizioni di democrazia: “come potere di pubblico in pubblico”* L'incipit di questo capitolo è tratto dal saggio di Raffaele Cantone ed Enrico Carloni: *“Corruzione ed Anticorruzione”* L'Anac nel PNA 2019, in materia di trasparenza, cita la sentenza n.20/2019 della Corte Costituzionale : *“La trasparenza amministrativa viene elevata anche al rango di principio- argine alla diffusione dei fenomeni di corruzione”* inoltre: *“I principi di pubblicità e trasparenza trovano riferimento nella Costituzione Italiana in quanto corollario del principio democratico (Art.1 Cost.) e del buon funzionamento della pubblica amministrazione”*. La pubblicazione dei dati deve essere perseguita nel rispetto dei criteri di qualità che ai sensi dell'art.6 del D.lgs 33/2013 sono: *“Integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità”*. In materia di obblighi di trasparenza l'Autorità ha emanato le seguenti delibere: 1310/2016, 1134/2017. In particolare con riferimento all'Art.14 del 33/2013: *“Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali”* le delibere dell'ANAC dedicati a questi argomenti sono: la 241/2017 e la 586/2019

Con delibera n. 171 del 20/01/2020 è stata confermata Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza la dott.ssa Mirella Cannada. In sostituzione della predetta dirigente ai sensi del D.Lgs n.33/2013, è stato individuato dott. Orazio Vecchio come titolare del potere sostitutivo che agirà in caso di ritardo, o di mancata risposta da parte del Responsabile Nel corso del 2019, 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.

Accesso civico. 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 dalla 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. E 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. In virtù di questa normativa, ai sensi dell'art. 5 comma 1 del D.lgs. 33/2013 entra a far parte dell'ordinamento giuridico italiano l'accesso civico che consiste nel diritto di qualsiasi cittadino di chiedere la pubblicazione di documenti soggetti all'obbligo di diffusione che non siano stati diffusi.

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 quelli per i quali 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 anche previsto 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 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 normati con particolare attenzione trattandosi di Azienda Ospedaliera, anche l'accesso ai dati sensibili nel rispetto della normativa in vigore

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 (attualmente D.lgs 101/2018) 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.

Amministrazione Trasparente. In materia di gestione della trasparenza amministrativa, questa Azienda nel corso del 2019 ha operato una serie di innovazioni, sia sul piano tecnico e sia a livello procedurale.

1. Adozione di una procedura e di un responsabile per la gestione del sito web.

Con la delibera del Direttore Generale n. 2544 del 19 settembre 2019 questa Azienda ha adottato un 'Regolamento per la gestione e l'aggiornamento del portale web istituzionale' e individuato il relativo responsabile, accogliendo, tra l'altro, le indicazioni fornite dall'Organismo Indipendente di Valutazione nell'ultima Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità. Il responsabile è stato individuato nel componente dell'area di Staff "Ufficio Stampa" e coincide con la figura del collaboratore amministrativo professionale che si occupa anche di trasparenza amministrativa.

Per quanto attiene a quest'ultimo tema, il regolamento recita che "l'impostazione e la gestione del sito sono volte a garantire agli utenti i diritti di trasparenza, accesso civico, cittadinanza digitale, ai sensi delle normative di riferimento" e che "tutte le strutture dell'Azienda hanno l'obbligo di contribuire ad alimentare e ad aggiornare i contenuti del sito e delle diverse pagine web".

Il regolamento individua quattro figure coinvolte nella gestione e aggiornamento del sito:

- a) il Responsabile della gestione del sito: è il riferimento per l'organizzazione dei contenuti del sito e ne supervisiona l'aggiornamento
- b) il Responsabile del procedimento di pubblicazione: coincide con il Responsabile della gestione del sito tranne che per bandi di gara e bandi di concorso per cui coincide con la figura del dirigente del Settore
- c) il Responsabile della Trasparenza: svolge funzione di monitoraggio sul rispetto degli obblighi previsti dalla normativa vigente nell'ambito della sezione "Amministrazione Trasparente".
- d) Il referente (per ciascuna Unità Operativa), incaricato di trasmettere i contenuti da inserire nel portale;

- e) l'utente pubblicatore (per ciascun Settore Amministrativo), con il compito di inserire e aggiornare i contenuti nel portale, secondo gli oneri di pubblicazione previsti per voce di competenza nella sezione Amministrazione Trasparente.
- f) Il Web master: l'amministratore, o web master, è il fornitore esterno del sistema di pubblicazione

Al fine di rafforzarne l'osservanza, in applicazione del D. Lgs 33/2013 sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, della legge 190/2012 per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione e del D. Lgs 97/2016, il regolamento specifica che "l'Azienda pone particolare attenzione all'aggiornamento costante, puntuale e completo della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aocannizzaro.it". Inoltre, il Capitolo 3 riporta un passaggio rilevante: "Al netto degli oneri in capo al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, tutti i dirigenti hanno l'obbligo di adempiere alle indicazioni fornite dall'Amministrazione in ordine alle modalità di pubblicazione sul sito dei dati e delle informazioni secondo la periodicità, la tempistica e le modalità stabilite dalla normativa vigente. Per le sezioni più complesse, ove maggiore e più frequente è il flusso di informazioni/dati per cui è fatto obbligo di pubblicazione, l'Amministrazione individua referenti e utenti pubblicatori secondo quanto illustrato nel precedente cap. 2".

Il regolamento costituisce un elemento che rafforza e migliora la gestione dei contenuti da pubblicare sul sito web aziendale, inclusi quelli soggetti ad obbligo di Amministrazione Trasparente, e indica la specifica procedura per la trasmissione, certa e tracciabile, dei contenuti richiesti, con definizione di modalità, tempistiche e soggetti autorizzati all'aggiornamento.

2. Obiettivo Trasparenza ai Direttori UOC

Il suddetto regolamento è stato adottato in tempo utile affinché fosse vigente alla data degli incontri sui budget con i direttori di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale, cui è stato chiesto di attenersi nell'adempimento degli obiettivi in materia di trasparenza e anticorruzione. Infatti, il Direttore Generale tra i suoi obiettivi per il biennio 2019-2020 ha quello della: *"Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità nonché degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico"*. Obiettivo che è stato "ribaltato" ai Direttori di UOC e UOSD nella forma di "Adempimenti connessi all'area della trasparenza e dell'anticorruzione - Aggiornamento delle informazioni pubblicate sulla pagina dell'U.O. del sito web istituzionale nel rispetto della specifica procedura aziendale", nei termini seguenti:

- individuazione e comunicazione al Responsabile della pubblicazione sul sito di un referente dell'U.O., entro il 30-11-2019;
- monitoraggio e trasmissione mensile al Responsabile della pubblicazione sul sito, a cura del referente, di comunicazione contenente le modifiche da apportare alla pagina ovvero attestante la validità dei contenuti pubblicati, a partire dall'1-12-2019;
- tempestivo aggiornamento in caso di significative comunicazioni o modifiche delle informazioni agli utenti.

Questa Amministrazione ha ritenuto, infatti, che la trasparenza sia da conseguire anche nelle informazioni pubblicate sulle pagine delle varie UU.OO, in virtù dell'art. 13, c. 1, lett. b) del d.lgs. n.

33/2013, così come modificato dal 97/2016, secondo il quale “le pubbliche amministrazioni pubblicano e aggiornano le informazioni e i dati concernenti la propria organizzazione”, relative anche “all'articolazione degli uffici, le competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici”. Pertanto, nel rispetto dei principi della legge sopra citata (“Le pubbliche amministrazioni garantiscono la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità”) e in combinato disposto con la prescrizione dell'obiettivo del DG in oggetto (“al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini”), si è ritenuto di prevedere una modalità che garantisca l'aggiornamento della rispettiva pagina da parte di ogni U.O..

In tal modo, è stata creata una rete di referente sempre attiva e di immediato coinvolgimento. L'obiettivo in materia di trasparenza sarà assegnato anche nel 2020, in forma e secondo dettagli ancora da definire.

3. *Aggiornamento sezione Amministrazione Trasparente e sito web*

L'effettiva attivazione del nuovo software di gestione della sezione “Amministrazione Trasparente”, già acquisita dall'Azienda in adeguamento al D. Lgs. 97/2016 che ha aggiornato gli obblighi introdotti dal D. Lgs. 33/2013, è stata preceduta da un'analisi volta a: 1) individuare i settori maggiormente coinvolti nell'inserimento e aggiornamento dei dati e dunque da rendere autonomi nell'operatività; 2) individuare gli addetti per ciascun settore che potessero essere coinvolti nella formazione sulla nuova piattaforma. Il nuovo software, infatti, contiene al suo interno micro-applicativi, relativi a specifiche sezioni (es. Bandi di concorso, Bandi di gara etc.) che presuppone siano gestiti dai rispettivi settori di competenza; pertanto, la migrazione è subordinata all'acquisizione di autonomia nella pubblicazione, con inserimento diretto all'interno del portale anziché l'invio al Responsabile della Gestione del sito. D'intesa tra il Direttore Amministrativo, la Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza e il Responsabile della Gestione del Sito, sono stati individuati i seguenti contenuti e rispettivi uffici competenti:

CONTENUTO	UFFICIO
Articolazione degli uffici	Segreteria Direzione
Consulenti e collaboratori	Personale
Bandi di concorso	
Bandi di gara e contratti	Provveditorato
Enti controllati	Economico-Finanziario
Bilanci	
Beni immobili e gestione patr	
Costi contabilizzati	
Dati sui pagamenti	
Liste d'attesa	
	Direzione Sanitaria / Generale

Gli uffici e gli addetti sono stati individuati e invitati a contattare il fornitore Net Service per il training, come da comunicazione del D.A. prot. n. 23 del 12/09/2019. Nelle more, l'Azienda ha provveduto ad aggiornare l'intero sito web aziendale, attraverso un'attività di manutenzione ordinaria ed “evolutiva” che ha compreso l'adeguamento alle linee guida di Agenzia per l'Italia Digitale, come da delibera del Direttore Generale n. 1632 del 20 giugno 2019. A dicembre il nuovo sito è andato online

ed è stata individuata la data dell'1 marzo quale decorrenza della pubblicazione online della nuova piattaforma.

4. *Albo Pretorio*

Anche se non pienamente parte integrante della Trasparenza Amministrativa ex D. Lgs 33/2013 e ss.mm.ii., è utile riportare in questa sede come questa Amministrazione abbia inteso rafforzare la trasparenza e accessibilità dei provvedimenti, estendendo la durata della disponibilità online degli atti soggetti a pubblicazione in Albo Pretorio secondo la disciplina del TUEL 267/2000 e della legge 18/6/2009, n. 69. Infatti, a partire dalla data del 12 gennaio 2020, i documenti pubblicati in Albo Pretorio con decorrenza 1 gennaio 2019 sono consultabili interamente per la durata di cinque anni, mentre quelli pubblicati fino al 31 dicembre 2018 restano accessibili solo per “estratto”.

La decisione dell'Azienda segue diverse segnalazioni di utenti che, data la diffusione presso la maggior parte delle PA dell'uso di non limitare ai 15 previsti dalla legge la pubblicazione in Albo Pretorio, hanno richiesto tale estensione; di recente, anche una testata online molto diffusa (Sud Press, edizione 7 agosto 2019), ha scritto di limitata trasparenza “perché le delibere dell'archivio dell'albo pretorio del Cannizzaro non risultano accessibili”. Pur nella consapevolezza che l'obbligo riguardante l'albo pretorio e quello della sezione “Amministrazione trasparente” svolgono funzioni diverse, si è pertanto determinato di eguagliare la permanenza online a cinque anni. Si è ritenuto, oltretutto, che la possibilità di accesso più duratura possa ridurre le richieste di accesso civico.

Rapporto con la Privacy. Per quanto riguarda il rapporto tra trasparenza e dati personali, la Corte Costituzionale, (nella sentenza già citata n. 20/2019): *“ha riconosciuto che entrambi i diritti sono contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo primario e derivato”* ... *“La Corte precisa che il bilanciamento della trasparenza e della privacy va compiuto avvalendosi del test di proporzionalità che: richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazioni stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi”*. Infine è opportuno ricordare che la pubblicazione sul web dei dati personali da parte delle PPAA, deve essere preceduta dalla verifica dell'obbligo di pubblicazione ai sensi del 33/2013 e deve avvenire in ottemperanza ai principi contenuti all'art.5 del Regolamento UE 2016/679: *“liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di “responsabilizzazione” del titolare del trattamento”*.

Per quanto concerne le misure specifiche sulla trasparenza il PNA sottolinea che, ai sensi del d.lgs 97/2016, le misure sulla trasparenza devono essere integrate nel Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza PTPCT. Ai sensi della delibera 1310/2016 il Piano racchiude: *“una sezione dedicata alla trasparenza, impostata come atto fondamentale, per il quale sono organizzati flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati”* Nel rispetto dell'art.43 co.3 d.lgs 33/2013 è necessario individuare in ogni settore i soggetti responsabili della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati. Oppure occorre designare: *“il responsabile in termine di posizione ricoperta nell'organizzazione”*. Nella sezione è necessario che le amministrazioni indichino i termini entro cui pubblicare i dati e la periodicità in cui effettuare il monitoraggio, nella sezione è opportuno indicare i dati non pubblicati perché non pertinenti. Infine l'Autorità ricorda che: *“gli obiettivi strategici in materia di trasparenza che devono essere adottati dagli organi di indirizzo (Art.1 co.8.1 l. 190/2012) da pubblicare unitariamente a quelli di prevenzione della corruzione sia la sezione della trasparenza con l'indicazione dei responsabili*

della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni (Art.10, co.1 d.lgs 33/2013) costituiscono contenuto necessario del PTPCT”

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 che costituisce un modello cui fare riferimento. Infine occorre adeguare la suddetta regolamentazione aziendale alle norme del Regolamento UE 216/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e del Decreto Legislativo 10 agosto 2018 n.101

Il PNA 2019 afferma che OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) sostanzialmente, sugli obblighi di trasparenza ha mantenuto inalterato i mansioni stabilite nel D.lgs. 150/2009. L'attestazione degli obblighi di pubblicazione trova fondamento ai sensi dell'art.14. comma 4 lett. G) del decreto citato e dall'art.44 del D.lgs 33/2013. Gli OIV verificano la pubblicazione dei dati e ne attestano la pubblicazione entro il 30/aprile di ogni anno e sono chiamati a: *“esprimersi anche sui profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato” (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative) se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile.* L'Autorità anticorruzione verifica a campione le attestazioni dell'OIV, ed eventualmente, gli esiti delle verifiche sono comunicati attraverso indicazioni agli Enti: *“che devono favorire l'attuazione delle norme in materia di trasparenza e in report pubblicati sul sito dell'Autorità”.*

8.5 Conflitto di interessi

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, 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 nel PNA 2019 ha dettato misure, atte alla regolamentazione del conflitto di interesse, nel documento citato l'Autorità stabilisce che rimangono come punto di riferimento il PNA 2015: Approfondimento II *“Sanità”* e PNA 2016 Approfondimento II e le Linee guida approvate con deliberazione n. 358 del 29 marzo 2017 in materia di Codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario nazionale

Il PNA 2019, ai sensi del d.lgs 39/2013; prospetta che : *“Un'altra ipotesi di conflitto di interesse, può presentarsi nei casi in cui una carica nelle pubbliche amministrazioni ... configuri una situazione di conflitto di interessi non limitata ad una tipologia di atti o procedimenti, ma generalizzata e permanente, c.d. strutturale, in relazioni alle posizioni ricoperte e alle funzioni attribuite. In altri termini, l'imparzialità nell'espletamento della attività amministrativa potrebbe essere pregiudicata in modo sistematico da interessi personali o professionali derivanti dall'assunzione di un incarico, pur compatibile ai sensi del d.lgs 39/2013”*

Altra norma richiamata dall'ANAC è art. 6-bis *“conflitto di interesse”* della legge 241/1990, introdotto dall'art.1 comma 41, della legge 190/2012 che testualmente recita: *“Il responsabile del*

procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale”. E’ fondamentale rilevare che tale disposizione: “ha una valenza prevalentemente deontologico- disciplinare e diviene principio generale di diritto amministrativo che non ammette deroghe”. Da questa norma sorge l’obbligo di astenersi, da parte dei dipendenti o di altri soggetti, alle decisioni o alla partecipazione ad atti che possano configurarsi come potenziale conflitto di interesse. La segnalazione del conflitto di interesse (ai sensi dell’articolo appena citato e degli art. 6 e 7 del D.P. R. n.62 del 2013 già richiamati) deve essere immediatamente comunicata al superiore gerarchico all’organo di indirizzo: “che, esaminate le circostanze, valuta se la situazione rilevata realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l’imparzialità dell’agire amministrativo.”. L’ANAC nell’aggiornamento 2019 sottolinea che: “le violazioni del Codice di comportamento sono fonte di responsabilità disciplinare accertata in esito ad un procedimento disciplinare, con sanzioni applicabili in base a principi di gradualità e proporzionalità, ai sensi dell’art. 16 del D.P.R. n.62/2013, fatte salve eventuali ulteriori responsabilità civili, penali o contabili o amministrative.”

E’ opportuno mettere in risalto che questa amministrazione nel Codice di comportamento aziendale, 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 che incidono 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.

Il PNA 2019 richiama l'art. 42 del Codice dei Contratti pubblici, d.lgs.18 aprile 2016 n.50. questa disposizione regola la materia in un settore particolarmente esposto al rischio corruttivo. La ratio della direttiva mira a scongiurare che le stazioni appaltanti nella scelta del contraente si lascino influenzare da interessi soggettivi privilegiandoli rispetto all'interesse pubblico.

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, nelle more dell'aggiornamento del Codice di Comportamento, 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).

Un fondamentale impulso in materia di conflitto di interesse è stato dato in Sicilia dalle Circolari assessoriali (richiamate nel paragrafo dedicato al ruolo propulsivo dato dall'Assessore della Regione Siciliana). In ossequio alla nota ass. n. 25687 del 25/03/2019 è stato costituito: "Il Comitato di valutazione dei conflitti", atto a valutare i casi di maggiore complessità, del quale si è preso atto con deliberazione n. 2271 del 21/08/2019. Le figure professionali individuate sono quelle della Direttiva Assessoriale, qui di seguito indicate:

- un Dirigente dell'area dei servizi legali
- un dirigente delle risorse umane (autorizzazioni extra-istituzionali)
- un dirigente della farmacia
- il Risk Manager
- un Dirigente della Direzione Sanitaria
- un Dirigente esperto in sperimentazioni cliniche

Pertanto in questa Azienda sono stati nominati:

- Dott. Carmelo Leocata Funzionario Amministrativo Servizio Legale
- Dott.ssa Maria Spampinato Dirigente Amministrativo Settore del Personale
- Dott.ssa Agata La Rosa Direttore del Servizio di Farmacia
- Dott.ssa Anna Maria Longhitano Dirigente Medico Direzione Sanitaria Risk Manager
- Dott.ssa Teresa Travaglianti Dirigente Farmacista esperto in sperimentazioni cliniche.

Per ottemperare alle direttive assessoriali con nota n. 6405 del 09/04/2019 è stata diramata a tutti i Direttori delle UU.OO.CC. il modulo che era stato allegato alla nota assessoriale prot.n. 19302 del 04/03/2019, in materia di conflitto di interesse. Il Direttore Generale e il RPCT hanno richiesto ai Direttori di trasmettere: "La dichiarazione Pubblica di Interesse dei Professionisti" a tutti i dirigenti medici al fine della compilazione. L'Azienda ha ricordato nella nota citata che:

"Le dichiarazioni sul conflitto di interesse rappresentano un obbligo ai sensi della normativa vigente in materia di anticorruzione, il cui caposaldo è rappresentato dalla legge 6 novembre 2012 n. 190: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione" (nota come Legge Severino dal nome dell'estensore della normativa).

Inoltre secondo il "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" art.16 del D.P.R. n. 62/2013 la mancata dichiarazione del conflitto di interesse può essere fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare".

8.6 Monitoraggio appalti di servizi e forniture

Il Responsabile dell'anticorruzione in ottemperanza alle disposizioni vigenti in materia, legge 190 del 2012 e s.m.i, ha tra i propri obblighi la mappatura dei processi che si articola in varie fasi, come viene descritto nell'allegato 1: ("Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi"), del Piano

nazionale anticorruzione 2019 , Per quanto concerne i contratti pubblici, la mappatura dei processi e le aree di rischio sono già state descritte nell'aggiornamento del PNA 2015.

Riguardo il citato PNA 2019 l'approccio che l'ANAC ha privilegiato per l'analisi del rischio è stata definita dalla stessa autorità di tipo: "Qualitativo". Nell'analisi di tipo qualitativo "l'esposizione al rischio è stimata in base a stimate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tale valutazione anche se supportata dai dati, non prevedono (o non dovrebbero prevedere) la loro rappresentazione finale in termini numerici)"

"Ai fini di una maggiore sostenibilità organizzativa si suggerisce di adottare un approccio di tipo qualitativo dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza"

Pertanto è stato chiesto al Responsabile del Provveditorato di descrivere le diverse fasi partendo dalla programmazione, intesa: "come processo di analisi e definizione dei fabbisogni,". Possibili eventi rischiosi di questa fase possono essere: "l'abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare alla fase di programmazione". Tra le anomalie di questa fase possono essere rilevate: "l'eccessivo ricorso a procedure d'urgenza o proroghe contrattuali".

Qui di seguito si riportano sia le domande formulate dal RPCT sia le risposte, precedute da una breve considerazione, da parte del Direttore del Settore Provveditorato ed Economato di questa Azienda Ospedaliera.

In riferimento alle disposizioni di cui alla legge in oggetto specificata, con la presente, si comunicano, per quanto di propria competenza, gli adempimenti relativi alle diverse fasi della contrattualistica pubblica per l'acquisizione di beni e servizi (programmazione, progettazione della gara, selezione del contraente, verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto), secondo quanto richiesto nei quesiti da Ella indicati:

1) E' stata attuata la programmazione annuale e triennale per acquisto di beni e servizi (Settore provveditorato)?

Per il 2019, con deliberazione n. 1720 del 4/07/2019, è stata attuata una programmazione biennale di acquisto di beni e servizi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 21 del D.lgs. n.50/2016.

2) Ci sono appalti in proroga? In caso positivo spiegare le motivazioni.

Considerata la scadenza delle gare consorziate di Bacino, e per le materie oggetto di esclusiva competenza del soggetto aggregatore regionale di cui al DPCM 24.12.2015 e s.m.i , quest'Azienda ha dovuto prevedere il mantenimento dell'utilizzo dei previgenti contratti per garantire l'espletamento delle attività istituzionali, nelle more della conclusione delle nuove procedure di gara, al fine di non incorrere nell'interruzione di pubblico servizio.

3) C'è stato il ricorso a procedure di urgenza?

Tale classificazione non rientra nella ordinaria gestione delle procedure di approvvigionamento di beni e servizi in quanto più attinenti con il termine "somma urgenza" alle forniture di lavori.

4) Come viene individuato il RUP o il DEC , si valuta se ha contiguità con le imprese o le ditte? Si valuta se ha requisiti idonei a garantire la terzietà e l'indipendenza?

Il RUP ed il DEC vengo identificati seguendo le indicazioni di legge e le raccomandazioni contenute nelle diverse Linee Guida poste in essere dall'ANAC con attenzione a garantire la terzietà e l'indipendenza dello stesso in relazione al procedimento in cui è nominato.

5) Come vengono definiti i criteri di partecipazione, di aggiudicazione e di attribuzione dei punteggi?

Il criterio usato per la selezione delle imprese nelle gare di appalto è specificato nella documentazione di gara, reso noto ai sensi di legge. Nella maggioranza delle gare svolte da questa

AOEC il criterio di aggiudicazione utilizzato per la scelta dell'offerta migliore è quello del prezzo più basso. Nel caso, meno frequente, di utilizzo del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa i criteri per l'assegnazione dei punteggi sono evidenziati nel disciplinare di gara per cui ad esempio, considerando 100 il punteggio massimo, la ripartizione rispetta le previsioni di legge:

Le offerte dal punto di vista tecnico ed economico, nel caso di aggiudicazione economicamente più vantaggiosa, vengono valutate dalla "commissione giudicatrice", nominata secondo le vigenti disposizioni di cui Dlgs 50/2016 e smi in raccordo con la normativa regionale di riferimento.

6) In quale misura si ricorre agli affidamenti diretti?

Si ricorre agli affidamenti diretti ogni qualvolta tale procedura è ammessa in relazione all'oggetto e ai limiti di importo e dunque conformemente alle previsioni di cui al Dlgs 50/2016 e smi .

7) Sono stati sottoscritti da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara dichiarazione in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara?

Tale dichiarazione viene sottoscritta nel caso di partecipazione a Commissioni per valutazione offerta solo quando i componenti della Commissione di gara sono nominati tra soggetti non operanti all'interno della stazione appaltante.

8) Per le procedure negoziate sono state utilizzati sistemi informatizzati per individuare gli operatori da consultare?

Quest'Azienda svolge la gran parte delle proprie procedure negoziate utilizzando il MEPA gestito da Consip dove sono già classificati gli operatori economici iscritti per diverse tipologie di prodotti. Nel caso di valori superiori alla soglia si procede in via preliminare a pubblicare manifestazione di interesse, indagini di mercato o avvisi di trasparenza sulla GUCE.

9) Nelle procedure interne è stato previsto il rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi della stazione appaltante?

Per le varie procedure d'appalto in materia di beni e servizi, non si fa riferimento o utilizza alcun elenco interno ma solo gli elenchi fornitori accreditati sul MEPA .

Si sono verificati casi di nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti?

Non si sono registrati casi di conflitto d'interessi.

10) Si sono verificati casi di immotivate concessioni di proroghe rispetto al termine previsto dal bando?

Non si sono verificati casi immotivati di concessioni di proroghe poiché le stesse sono sempre legate alla complessità dell'iter procedurale relativo all'aggiudicazione di nuove procedure di gara espletate in sostituzione di quelle scadute.

11) Si sono verificate procedure di gara in cui è stata presentata una sola offerta?

Si alcune volte si sono verificati casi in cui ha presentato offerta solo un fornitore.

12) Nei bandi sono stati pubblicati i nominativi di soggetti a cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego all'accesso dei documenti di gara?

I bandi di gara prevedono i riferimenti dei soggetti a cui rivolgersi anche in tale evenienza .

13) Vengono verificati i requisiti dei contraenti?

Nella fase relativa all'aggiudicazione ed alla stipula del contratto si procede ordinariamente alla verifica del possesso dei requisiti dei contraenti.

14) Sono ricorrenti le aggiudicazioni ai medesimi operatori economici?

Talune volte tale evenienza può verificarsi sebbene per tipologie diverse di prodotti ovvero nel caso di medesimi prodotti ma con gare con partecipazione aperta o plurima .

15) Sono pubblicati tempestivamente gli esiti della procedura di aggiudicazione?

Dopo l'aggiudicazione gli esiti della procedura vengono celermente pubblicati.

16) Viene verificato l'effettivo stato di avanzamento dei lavori rispetto al cronoprogramma?

Tale verifica viene effettuata nel caso di contratti aventi ad oggetto l'espletamento di un servizio.

17) Sono concesse frequentemente proroghe relativamente alla esecuzione del contratto?

Talvolta, in conformità con le previsioni di legge , può verificarsi il rinvio temporaneo e limitato della esecuzione del contratto.

18) In caso positivo per quali ragioni?

Le proroghe, quando richieste, attengono casi di ritardo dovuto alle difficoltà di invio del materiale in quanto prodotto all'estero.

Conclusioni. Le risposte da parte del Direttore del Provveditorato evidenziano che le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi sono espletate nel rispetto della normativa vigente D.lgs 50/216. Attraverso queste risposte sono state rese “*intelligibili i processi di approvvigionamento*” così come recita il PNA 2015.

8.7 Monitoraggio lavori

Il RPCT in ottemperanza alle disposizioni vigenti in materia di anticorruzione, legge 190 del 2012 e s.m.i, ha tra i propri obblighi la mappatura dei processi che si articola in varie fasi, come viene descritto nell'allegato 1: (“Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi”), del Piano nazionale anticorruzione 2020/2022, Per quanto concerne i contratti pubblici, la mappatura dei processi e le aree di rischio sono già state descritte nell'aggiornamento del PNA 2015.

Riguardo il citato PNA 2019 l'approccio che l'ANAC ha privilegiato per l'analisi del rischio è stata definita dalla stessa autorità di tipo: “Qualitativo”. Nell'analisi di tipo qualitativo “l'esposizione al rischio è stimata in base a stimate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tale valutazione anche se supportata dai dati, non prevedono (o non dovrebbero prevedere) la loro rappresentazione finale in termini numerici)”

“Ai fini di una maggiore sostenibilità organizzativa si suggerisce di adottare un approccio di tipo qualitativo dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza”

Pertanto è stato chiesto di descrivere al Responsabile del Settore Tecnico le diverse fasi partendo dalla programmazione, intesa: “come processo di analisi e definizione dei fabbisogni,”. Possibili eventi rischiosi di questa fase possono essere: “l'abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare alla fase di programmazione”. Tra le anomalie di questa fase possono essere rilevate: “l'eccessivo ricorso a procedure d'urgenza o proroghe contrattuali”

Qui di seguito si riportano le domande formulate dal RPCT

1) E' stata attuata la programmazione annuale e triennale per: lavori servizi e manutenzione (Settore tecnico) e acquisto di beni e servizi (Settore provveditorato)?

2) Ci sono appalti in proroga? In caso positivo spiegare le motivazioni

3) C'è stato il ricorso a procedure di urgenza?

La seconda fase del processo delineata nel suddetto PNA 2015 fa riferimento alla progettazione della gara, in merito si chiede di rispondere ai seguenti quesiti ciascuno per propria competenza:

1) Come viene individuato il RUP o il DEC , si valuta se ha contiguità con le imprese o le ditte ?
Si valuta se ha requisiti idonei a garantire la terziarietà e l'indipendenza?

2) Come vengono definiti i criteri di partecipazione, di aggiudicazione e di attribuzione dei punteggi?

3) In quale misura si ricorre agli affidamenti diretti?

4) Si sono verificati casi in cui viene affidato un appalto con procedura negoziata in quanto il valore stimato è sotto soglia, ma successivamente per effetto delle varianti quel valore supera la soglia?

5) Sono stati sottoscritti da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara?

6) Per le procedure negoziate sono state utilizzati sistemi informatizzati per individuare gli operatori da consultare?

7) Nelle procedure interne è stato previsto il rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi della stazione appaltante?

La terza fase del processo è rappresentata dalla selezione del contraente, si chiede di rispondere ai seguenti quesiti ciascuno per propria competenza:

1) Si sono verificati casi di nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti?

2) Si sono verificati casi di immotivate concessioni di proroghe rispetto al termine previsto dal bando?

3) Si sono verificate procedure di gara in cui è stata presentata una sola offerta?

4) Nei bandi sono stati pubblicati i nominativi di soggetti a cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego all'accesso dei documenti di gara?

La quarta fase del procedimento è la verifica dell'aggiudicazione e la stipula del contratto si chiede di rispondere ai seguenti quesiti ciascuno per propria competenza:

1) Vengono verificati i requisiti dei contraenti ?

2) Sono ricorrenti le aggiudicazioni ai medesimi operatori economici?

3) Sono pubblicati tempestivamente gli esiti della procedura di aggiudicazione ?

La quinta fase del procedimento è costituita dalla esecuzione del contratto in merito si chiede di rispondere ai seguenti quesiti ciascuno per propria competenza:

1) Viene verificato l'effettivo stato di avanzamento dei lavori rispetto al cronoprogramma?

2) Sono concesse frequentemente proroghe relativamente alla esecuzione del contratto?

3) In caso positivo per quali ragioni?

La quinta fase del procedimento è la rendicontazione del contratto si chiede di rispondere ai seguenti quesiti ciascuno per propria competenza:

In base a quali criteri è nominato il collaudatore dei lavori?

Infine è opportuno indicare le figure professionali connesse alla corretta realizzazione dei rispettivi processi, i responsabili, i vincoli dei processi (si intendono le condizioni da rispettare in base a previsioni legislative e regolamentari), nonché le risorse finanziarie ed umane per garantire i processi.

La mappatura costituisce il presupposto propedeutico per individuare all'interno dei processi le aree di rischio. Per esempio attraverso l'esame dei reclami è possibile che si delineano aree di rischio che possano dar luogo ad eventuali eventi corruttivi.

Qui di seguito si riportano le risposte formulate dal Responsabile del Settore tecnico

Fase della programmazione

- N. 1: Si
- N. 2: Sì, è in corso gara di bacino da parte dell'Azienda capofila, ASP di Catania;
- N. 3: Si

Fase della progettazione della gara

- N. 1: il RUP o il DEC vengono individuati nell'ambito del personale dipendente del Settore Tecnico nella consapevolezza di insussistenza di situazioni di contiguità con le imprese e di possesso dei requisiti idonei a garantire la terzietà e l'indipendenza;

- N. 2: il settore Tecnico non bandisce gare con il sistema di aggiudicazione qualità/prezzo;
- N. 3: esclusivamente nella misura in cui si configurano gli estremi della fattispecie di "lavori di somma urgenza";
- N. 4: No, non si sono verificate tali fattispecie;
- N. 5: No;
- N. 6: Sì;
- N. 7: non sono state espletate "procedure interne".

Fase della selezione del contraente

- N. 1: No, non sono stati nominati commissari
- N. 2: No
- N. 3: No
- N. 4: No

Fase della verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto

- N. 1: Sì;
- N. 2: No;
- N. 3: Sì

Fase della esecuzione del contratto

- N. 1
- N. 2: No

Fase della rendicontazione del contratto

Nomina del collaudatore dei lavori: in casi di lavori di importo inferiore a € 1.000.000,00, ai sensi dell'art. 102 del D. Lgs. 50/2016, si fa uso della facoltà della Stazione Appaltante di sostituire il Certificato di Collaudo con il certificato di regolare Esecuzione (CRE) redatto dal Direttore dei Lavori. Per lavori di importo superiore a € 1.000.000,00 il collaudatore è individuato con procedura aperta ad evidenza pubblica.

Conclusioni

Come già rilevato in merito alle risposte formulate dal Responsabile del Settore Provveditorato, le procedure di gara del Settore Tecnico sono e di aggiudicazione del Settore Provveditorato sono in conformità alla legislazione vigente D.Lgs.50/2016 e s.m.i.

8.8 Attività ed incarichi extra-istituzionali

Lo svolgimento degli incarichi extra-istituzionali è disciplinato dall'art.53 del d.lgs.165/2001. Il suddetto articolo prevede che il dipendente pubblico sia autorizzato dalla amministrazione di appartenenza qualora svolga una attività retribuita conferita da altri soggetti pubblici o privati.

La norma ha lo “scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d’ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali” La legge 190/2012 (attraverso il comma 42 dell’art.1) ha modificato l’articolo 53 al quale sono stati inseriti il comma 5 e 7: “E’ stato pertanto aggiunto ai criteri per il rilascio dell’autorizzazione quello volto ad escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l’esercizio imparziale delle funzioni attribuite “(PNA 2019).

I dipendenti sono vincolati a rendere noto alle PP.AA. anche gli incarichi attribuiti gratuitamente. Restano esclusi dalla autorizzazione gli incarichi enucleati dalla lettera a) alla lettera f-bis) del comma 6 dell’art.53 del d.lgs. 165/2001.

Gli incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti vengono pubblicati, ai sensi dell’art.18 del D.lgs 33/2013, , nel rispetto della normativa, nella sezione “Amministrazione trasparente” nell’apposita voce “Personale”, dove è attivo il link alla piattaforma della Funzione Pubblica www.consulentipubblici.gov.it da cui si può accedere alla consultazione degli incarichi conferiti dalla amministrazione a soggetti esterni, sia all’autorizzazione concessa ai propri dipendenti per lo svolgimento di attività esterne. Sono indicati i nominativi, la durata dell’incarico e il compenso spettante.

Questa Azienda ospedaliera al fine di regolarizzare la partecipazione dei dipendenti ad eventi, sulla scorta della direttiva emanata dell’ Assessorato della Salute della Regione Siciliana, prot.n. 19302 del 04/03/2019, ha adottato una procedura per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi. In particolare è stata predisposta una nuova modulistica – approvata con delibera n.1035 del 02.05.2019 – per la richiesta di autorizzazione preventiva per l’espletamento di incarichi occasionali ai sensi dell’art.53 del d.lgs 165/2001 e smi, che viene utilizzata dal dipendente che intendono svolgere attività occasionale extra -servizio e senza oneri per l’Azienda remunerate e non. Solo l’autorizzazione, formalmente concessa dal Direttore generale attraverso sua specifica comunicazione, abilita il dipendente a effettuare l’attività richiesta.

La modulistica è reperibile sul sito aziendale nella sezione Servizi alla voce Modulistica Organizzativa.

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

L’aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione dedica il paragrafo 1.8 della parte III ai “Divieti post- employment (Pantouflage)” (con quest’ultimo termine si intende citiamo il dizionario Garzanti: “Il passaggio di alti funzionari statali a ditte private”). E’ opportuno ricordare che la normativa in vigore prevede misure specifiche atte a contenere il rischio di situazioni di corruzione derivanti dall’impiego del dipendente successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro.

In materia il riferimento è costituito dall’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 chiarisce che le suindicate sanzioni contenute nella norma siano volte a:

“scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione potrebbe precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Allo stesso tempo il divieto è volto 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)”.

Ai fini dell'ambito di applicazione l'ANAC richiama l'art. 21 del d.lgs 39/2013, riguardo l'attuazione dell'art.53, co. 16 –ter del d.lgs. 165/2001, che stabilisce che soggiacciano alla disposizione anche i soggetti titolari di incarichi. L'autorità 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 posto 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 e incarichi dirigenziali, (art.19 comma 6 del d.lgs 165/2001) 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 alla istruttoria attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali (pareri, perizie, certificazioni), in tal modo “hanno inciso in maniera determinante alla decisione del provvedimento finale”. Si richiama per rafforzare il concetto il Parere dell'ANAC AG/74 del 21 ottobre 2015 e orientamento n.24/2015: “Pertanto il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento”

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). “Atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato”

“...L'esercizio di poteri autoritativi e negoziali costituisce il presupposto per l'applicazione delle conseguenze sanzionatorie”.

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'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 le sanzioni, l'Anac osserva che: "non sono chiaramente identificati l'organo o l'autorità competente a garantire non solo ad accertare la violazione del divieto ma anche a garantire l'esecuzione degli effetti sanzionatori". La violazione del divieto di pantouflage comporta: "sia la nullità dei contratti conclusi, e 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. Per quanto riguarda la dichiarazione contenuta nei bandi di gara trova contezza nei bandi tipo emanati dall'Autorità in ottemperanza al d.lgs.50/2016 Codice dei Contratti Pubblici. E' opportuno sottolineare che il controllo in merito alle dichiarazioni dell'operatore economico compete alla stazione appaltante. Un'ulteriore sanzione stabilisce l'obbligo di restituire i compensi percepiti per lo svolgimento degli incarichi. (Si richiama in merito la delibera dell'Autorità n. 207 del 21 febbraio 2018) L'aggiornamento al Piano richiama il parere del Consiglio di Stato, Sez. V, 11 gennaio 2018 n. 126 al quale si rimanda.

L'Autorità ha evidenziato l'incertezza riguardo i poteri di vigilanza da parte della stessa a irrogare sanzioni nei confronti dei privati. A riguardo ha richiamato la pronuncia del Consiglio di Stato, Sez V del 29 ottobre 2019, n. 7411 che : "ha stabilito la competenza dell'Autorità Nazionale Anticorruzione in merito alla vigilanza e all'accertamento delle fattispecie di "incompatibilità successiva" di cui all'art. 53, co.16 ter, del d.lgs 165/200, espressamente richiamato all'art. 21 del d.lgs 39/2013".

In materia di pantouflage l'Autorità svolge, ai sensi del Regolamento del 7 dicembre 2018, attività consultiva: "con riferimento a fattispecie concrete". In materia di vigilanza: " l'Autorità verifica l'inserimento nei PTPCT di misure adeguate volte a prevenire tale fenomeno"

Questa Amministrazione facendo proprio il suggerimento contenuto nell'aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione, incarica il Settore del Personale a far sottoscrivere:

All'atto della assunzione , apposite clausole che prevedano il divieto di pantouflage.

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.

Per quanto riguarda gli atti di gara o gli atti podromici agli affidamenti di contratti pubblici, il RPCT si impegna a chiedere ai settori competenti Provveditorato e Tecnico che venga inserito nei bandi di gara: "l'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi - tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art.71 del d.lgs. 50/2016".

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.

8.10 Inconferibilità e incompatibilità nel conferimento d'incarichi dirigenziali

Il Decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39 tratta la fattispecie delle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi nelle Pubbliche Amministrazioni di cui all'art.1 comma 2 del d.lgs 165/2001.

Il dettato normativo ha la finalità di garantire la l'imparzialità dei funzionari pubblici, proteggendoli a influenze che derivano dai privati. Nel PNA 2019 viene messo in risalto: “Le disposizione del decreto tengono conto della esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita” . Ai fini di tutelare la correttezza e la rispettabilità degli incarichi dirigenziali, l'art.3 del citato decreto, vieta l'assunzione di incarichi in caso di sentenza di condanna anche non definitiva per reati perpetrati contro la pubblica amministrazione. (Capo I del libro secondo del Codice Penale)

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.

“La durata della inconferibilità può essere perpetua o temporanea, in relazione alla eventuale sussistenza, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria” (PNA 2019).

Ai sensi dell'art. 17 del D.lgs. 39/2013 la violazione della norma che si sostanzia nel conferimento degli incarichi in violazione del decreto, ha come conseguenza la nullità degli atti di conferimento e la risoluzione del contratto.

L'art.18 comma 1 testualmente recita: “I componenti degli organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono responsabili per le conseguenze degli atti adottati. Sono esenti da responsabilità i componenti che erano assenti al momento della votazione, nonché i dissenzienti e gli astenuti”. Nell'articolo citato è anche stabilito che i citati componenti per tre mesi non possono conferire incarichi

Si prende atto, a tal proposito, della delibera n. 833 del 3 agosto 2016, richiamata nel PNA 2019, “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”. Il RPCT 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, si attiva per 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 Ospedaliere, 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. Questa Azienda ha pubblicato sul sito Amministrazione trasparente, le dichiarazioni di inconferibilità e insussistenza delle cause di inconferibilità ai sensi del D.lgs 8 aprile 2013 n. 39 delle richiamate figure apicali. Le predette figure apicali si sono insediate in questa Azienda nelle seguenti date: Direttore Generale 16/04/2019, giusta delibera n 976 del 16/04/2019, Direttore Amministrativo 08/07/2019, giusta delibera 1718 del 03/07/2019 Direttore Sanitario 01/07/2019, giusta delibera 1676 del 01/07/2019 . L’Autorità nelle linee guida citate (delibera (833/2016) ha ritenuto: “Altamente auspicabile che il procedimento di conferimento dell’incarico si perfezioni solo all’esito della verifica, da parte dell’organo di indirizzo e della struttura di supporto, sulla dichiarazione resa dall’interessato, da effettuarsi tenuto conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae allegato alla predetta dichiarazione dei fatti notori comunque acquisiti”

Nel rispetto dell’art. 20, comma 2 del Decreto Legislativo 39/2013 le dichiarazioni di sull’insussistenza delle cause di incompatibilità sono rilasciate dal Direttore Amministrativo e Sanitario annualmente. Nei casi di insorgenza di incompatibilità, nel corso del mandato, la dichiarazione in merito deve essere resa immediatamente, in maniera che l’amministrazione possa procedere alla messa in atto dei provvedimenti consequenziali.

Per quanto riguarda questa Azienda ospedaliera i controlli sulle figure apicali saranno effettuate dal RPCT sulle dichiarazioni rese dal Direttore Amministrativo e Sanitario almeno una volta l’anno, e sarà cura del RPCT dare notizia della verifica al Direttore Generale. La verifica delle dichiarazioni di quest’ultimo spetta all’Organo conferente.

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

L’articolo 35 bis, inserito nel d.lgs. n. 165 del 2001, introdotto dalla legge 190/2012, (art. 1 comma 46), pone determinate condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento ai dirigenti degli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione, “laddove l’affidabilità dell’interessato sia incisa da una sentenza di condanna, anche non definitiva, per reati contro la Pubblica Amministrazione” (PNA 2019) 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.

L'Anac nel PNA 2019 sottolinea che il citato articolo 35/bis presenta delle analogie con l'art. 3 del D.lgs 39/2013. "Secondo la valutazione presentata ex ante dal legislatore, i requisiti di onorabilità e moralità richiesti per le attività e gli incarichi di cui all'art.35/bis del D.lgs 165/2001 e all'art.3 del d.lgs 39/2013, coincidono con l'assenza di precedenti penali, senza che sia consentito alcun margine di apprezzamento all'amministrazione" (Delibera ANAC 159 del 27 febbraio 2019; TAR Lazio Sez I, 11 giugno 2019 n.7589).

Le commissioni giudicatrici, che si formano ai sensi del Codice dei contratti pubblici, devono essere costituite nel rispetto della norma contenuta nell'art.35/bis come viene stabilito nell' art.77, co.6, del d.lgs 50 del 2016

"L'art. 35-bis prevede, dunque, ipotesi interdittive allo svolgimento di determinate attività per qualsiasi dipendente, quale che sia la qualifica giuridica, condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro II del codice penale" (PNA 2019)

Pertanto le nomine che non rispettano l'art. 35/bis sono nulle e il provvedimento emanato è illegittimo

Il Responsabile della prevenzione della Corruzione e della trasparenza, informa gli organi competenti, qualora durante l'espletamento di un incarico si verifichino le cause del divieto, affinché ai sensi della normativa richiamata, il dirigente venga assegnato ad altro ufficio o venga sostituito.

Si ribadiscono e si riportano per chiarezza di informazione i contenuti del paragrafo: "Incompatibilità e inconfiribilità nel conferimento di incarichi dirigenziali" che valgono anche in quest'ambito:

Ai sensi dell'art. 17 del D.lgs. 39/2013 la violazione della norma che si sostanzia nel conferimento degli incarichi in violazione del decreto, ha come conseguenza la nullità degli atti di conferimento e la risoluzione del contratto.

L'art.18 comma 1 testualmente recita: "I componenti degli organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono responsabili per le conseguenze degli atti adottati. Sono esenti da responsabilità i componenti che erano assenti al momento della votazione, nonché i dissenzienti e gli astenuti". Nell'articolo citato è anche stabilito che i citati componenti per tre mesi non possono conferire incarichi.

Ai sensi dell'art 3 (inconfiribilità di incarichi in caso di condanna) del D. lgs. 39/2013 il RPCT se l'inconfiribilità si manifesta durante l'espletamento dell'incarico ai sensi dell'art.15 (Vigilanza sul rispetto delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità delle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico) contesta l'interessato. I casi di possibile violazione,

ai sensi del comma 2 e del comma 3 dell'articolo citato, devono essere segnalati all'Autorità anticorruzione, così come il provvedimento di revoca dell'incarico.

Sarà cura dei Settori del Personale, del Provveditorato e del Tecnico inserire rispettivamente nei bandi di concorso e nei bandi di gara direttive o clausole atte ad effettuare controlli sui procedimenti penali.

Secondo le direttive del PNA 2019: “Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'amministrazione....:

- si astiene di conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione
- applica le misure previste dall'art.3 del d.lgs 39/2013
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

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

Il PNA 2019 nella parte IV intitolata il “Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT)”, nel paragrafo 3: “Supporto operativo al RPCT”, fa un brevissimo accenno a questo tipo di segnalazioni, testualmente riportate: “Per il supporto operativo al RPCT nella gestione delle segnalazioni Whistleblowing si rinvia alle linee guida dell'autorità di prossima adozione”.

Nel paragrafo 8, il punto intitolato: “In materia di whistleblowing”. L'Anac richiama la legge 30 novembre 2017 n. 179 che ha modificato l'art. 54 –bis del d.lgs 165/2001: “Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti”, altrimenti nota come Whistleblowing, che attribuisce al Responsabile dell'Anticorruzione un ruolo centrale. L'Autorità ricorda che il RPCT ha il compito di verificare ed analizzare le segnalazioni ricevute, attività obbligatoria ai sensi del comma 6 del richiamato art.54. L'Autorità, secondo la normativa vigente può irrogare sanzioni pecuniarie (da 10.000 a 50.000 euro) nei confronti del RPCT nel caso in cui non proceda all'istruttoria e non verifichi la fondatezza delle segnalazioni ricevute. In merito al potere sanzionatorio l'Autorità ha emanato un apposito regolamento in data 30/10/2018, adottato con delibera ANAC n.1033 del 30 ottobre 2018 e modificato con delibera n. 312 del 10 aprile 2019. “L'onere dell'istruttoria, che la legge assegna al RPCT, si sostanzia, ad avviso dell'Autorità, nel compiere una prima imparziale deliberazione sulla sussistenza (c.d. fumus) di quanto rappresentato nella segnalazione, in coerenza con il dato normativo che si riferisce ad una attività di verifica e di analisi”.

Questa Amministrazione con deliberazione n. 374 del 30/01/2020 ha provveduto all': “Aggiornamento alla legge 30 novembre 2017 n. 179 del Regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (Whistleblower) approvato con deliberazione n. 2102 del 13/05/2015”.

Riguardo le modalità delle segnalazioni nel regolamento si illustra che, a far data dal 10 luglio 2019, le segnalazioni di condotte illecite c.d. “whistleblowing” possono essere effettuate mediante il sito www.whistleblowing.it, sistema digitale gratuito promosso da Transparency International e dal Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani Digitali. Si tratta di una piattaforma informatica conforme alla legge sulla tutela dei segnalanti e alle linee guida Anac, che garantisce il mantenimento e l'aggiornamento della piattaforma, non richiede interventi tecnici da parte di soggetti interni o esterni all'ente e che risulta già adottata, allo stato, da oltre 400 PA tra le quali decine di enti di ambito sanitario e alcune del Servizio Sanitario Regionale.

Con delibera n. 1734 del 10 luglio 2019, l'Azienda ha aderito alla piattaforma e attivato il proprio account, predisponendo il format utilizzabile dal segnalante. Qualunque segnalazione compilata tramite

Whistleblowing Pa viene canalizzata sulla posta elettronica aziendale del RPCT, il quale può così avviare i conseguenti adempimenti.

Con l'aggiornamento del sito web www.aocannizzaro.it, a far data dal 6 dicembre, il link per accedere alla piattaforma è pubblicato sulla home page con modalità di evidenza e immediata riconoscibilità.”

Il regolamento aziendale garantisce l'anonimato e la tutela del dipendente che denuncia fattispecie di varia natura (reati, violazione di legge e di regolamenti, etc.), ma stabilisce al contempo che la segnalazione debba essere completa ed esaustiva.

Le misure adottate da questa Azienda tutelano il dipendente anche attraverso la: “sottrazione del diritto di accesso” del documento inteso come atto di segnalazione, ma migliora l'efficienza del sistema in quanto viene garantita la prevalenza dell'interesse della collettività, atto a tutelare il comportamento del dipendente pubblico improntato alla correttezza e al perseguimento dell'interesse pubblico.

Si attesta che durante l'anno 2019 nessuna segnalazione di whistleblowing è pervenuta a questa Azienda Ospedaliera.

8.13 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.

8.14 Nomina responsabile RASA

In ottemperanza a quanto stabilito nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019, (parte IV “*Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)*” - paragrafo 8: “*Attività e poteri del RPCT*” sottotitolo: “*In materia di anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA...)*”) ed in ossequio all'art. 33 -ter comma 2 del Decreto Legge n.179/2012, convertito nella legge n.221/2012, al fine di assicurare l'inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), questa Azienda con deliberazione n.48 del 13 gennaio 2020 ha preso atto che il Collaboratore Amministrativo Giuseppe Rausa (RASA) era stato collocato in quiescenza. Pertanto con il predetto atto ha nominato il dipendente Santo Toscano, coadiutore amministrativo a tempo determinato, cat. B come soggetto responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA).

Tale nomina è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. Il soggetto responsabile conformerà il proprio operato secondo le direttive del comunicato del Presidente ANAC del 20 dicembre 2017.

8.15 Patto di integrità

L'articolo 1, comma 17 della 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 1.9 del Piano nazionale Anticorruzione 20 (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. 190/2012, 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 secondo cui 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 e : ... “sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione ed operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite ...” (PNA 2019)

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.

“Il Patto di integrità relativo alle gare di appalto, lavori, beni e servizi svolti questa Azienda Ospedaliera per l’Emergenza Cannizzaro”, predisposto nel rispetto della normativa vigente in materia di appalti e di Anticorruzione, viene allegato a tutti i bandi di questa Amministrazione ed è pubblicato come allegato al presente Piano triennale Anticorruzione di questa Azienda, proprio per favorirne la massima conoscenza.

Sarà cura di questa Amministrazione adeguare il patto di integrità alle linee guida adottate dall’Autorità, giusta delibera 494/2019 : “Il conflitto di interesse nel codice dei contratti pubblici” , attraverso questo documento si suggerisce di inserire nei patti di integrità per i concorrenti: “la preventiva dichiarazione sostitutiva della sussistenza di possibile conflitto di interessi”.

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)

E) Regolamento per la gestione dei pazienti deceduti in Ospedale

A. Codice etico-comportamentale dei dipendenti

Indice

1. Disposizioni di carattere generale.....	97
2. Ambito di applicazione.....	98
2.1 Riferimenti normativi	98
2.2 Destinatari	98
3. Principi generali.....	98
4. Disciplina dei rapporti con gli utenti, i dipendenti e i terzi	99
4.1 Rapporti con gli utenti	99
4.2 Rapporti con i dipendenti.....	100
4.3 Rapporti con i terzi	100
5. Applicazione dei principi generali.....	100
5.1 Regali, compensi e altre utilità	100
5.2 Partecipazione ad associazioni e organizzazioni	101
5.3 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse	101
5.4 Obbligo di astensione	101
5.5 Procedure per la comunicazione e la gestione del conflitto di interessi.....	101
5.6 Prevenzione della Corruzione.....	102
5.7 Trasparenza e tracciabilità	102
5.8 Comportamento nei rapporti privati	103
5.9 Comportamento in servizio	103
5.10 Rapporti con il pubblico	103
5.11 Disposizioni particolari per i dirigenti	104
5.12 Contratti ed altri atti negoziali	104
5.13 Vigilanza, monitoraggio ed attività formative	105
5.14 Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice	105
6. Misure specifiche per l'attività assistenziale.....	106
7. Modalità di diffusione in azienda.....	106
7.1 Diffusione.....	107
7.2 Monitoraggio.....	107
8. Disposizioni finali	107

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 afferenza.

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, rimostranze 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) aggiornato
alla legge 30
novembre 2017
n.179**

Approvato con deliberazione n. 374 del 30 GENNAIO 2020

Indice

Premesse

- Art. 1 Oggetto della segnalazione**
- Art. 2 Contenuto della segnalazione**
- Art. 3 Fatti ed atti che non costituiscono oggetto di segnalazione**
- 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 Modalità della segnalazione**
- Art. 9 Obblighi di tutto il personale**
- Art. 10 Sottrazione al diritto di accesso**
- Art.11 Conservazione e catalogazione delle segnalazioni**
- Art. 12 Attività di sensibilizzazione**
- Art. 13 Diffusione del Regolamento**

Premesse

Il termine “whistleblower” deriva dalla frase: “to blow de whistle” (soffiare nel fischietto) è comunemente riferito al lavoratore che, nello svolgimento della propria attività, rilevato un reato o un comportamento scorretto, un *pericolo* o un *altro serio rischio* che possa danneggiare clienti, colleghi, azionisti, 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”.*

Attraverso 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. La materia è stata regolamentata e sono state apportate significative innovazioni all'art. 54/bis citato. Infatti sono stati inclusi oltre i dipendenti dello Stato, degli Enti Pubblici, degli Enti locali, anche quelle delle società pubbliche controllate e alcune persone estranee all'amministrazione. L'estensione riguarda anche i lavoratori e i collaboratori delle imprese fornitrici di beni e servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.

Ai fini del presente regolamento altra fonte normativa è la delibera dell'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione) del 30 ottobre 2018: *“Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazione di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art.54-bis del Decreto legislativo 165/2001”*

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 esterno
- 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 rimostranze di carattere personale e/o istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro o del rapporto gerarchico o con i colleghi

Le condotte illecite segnalate devono necessariamente riguardare situazioni di cui il whistleblower sia venuto direttamente a conoscenza "in ragione del proprio rapporto di lavoro".

La segnalazione deve essere comunque effettuata nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione"

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.
- contenere l'indicazione del fatto o del comportamento anche omissivo da denunciare
- individuare le situazioni di tempo e di luogo in cui il fatto è stato compiuto
- 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
- indicare qualsiasi indicazione utile ai fini della istruttoria utile ad identificare il fatto indicato

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

Art. 3 Fatti e atti che non costituiscono oggetto di segnalazione

La segnalazione non può riguardare eventi o lamentele di natura personale del segnalante o richieste che fanno parte della disciplina del rapporto di lavoro e/o nei rapporti con superiore gerarchico o colleghi, per le quali è necessario riferirsi alla normativa contrattuale vigente.

Art. 4 Anonimato del segnalante

Ai sensi della legge 179/2017 l'identità del segnalante non può essere rivelata

Ai sensi dei modi e dei limiti dell'articolo 329 del codice di procedura penale l'identità del segnalante è coperta dal segreto.

L'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria nel procedimento dinanzi alla Corte dei Conti

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'incolpato, solo in presenza del consenso del segnalante

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, demansionato, licenziato, trasferito 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.

“L'art. 1 della legge 179/2017 testualmente recita: “L'adozione di misure ritenute ritorsive .. nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'Amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività o gli eventuali provvedimenti di competenza”

Ai sensi dell'Art. 1, comma 9 del d.lgs 165/2001, *“nei casi in cui sia accertata la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione ovvero la sua responsabilità civile nei casi di dolo o colpa*

grave, le tutele previste a favore del soggetto segnalante (ivi inclusa la garanzia della riservatezza della integrità) cessano i propri effetti)

Art. 8 Modalità della Segnalazione

A far data dal 10 luglio 2019, le segnalazioni di condotte illecite c.d. “whistleblowing” possono essere effettuate mediante il sito www.whistleblowing.it, sistema digitale gratuito promosso da Transparency International e dal Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani Digitali. Si tratta di una piattaforma informatica conforme alla legge sulla tutela dei segnalanti e alle linee guida Anac, che garantisce il mantenimento e l'aggiornamento della piattaforma, non richiede interventi tecnici da parte di soggetti interni o esterni all'ente e che risulta già adottata, allo stato, da oltre 400 PA tra le quali decine di enti di ambito sanitario e alcune del Servizio Sanitario Regionale.

Con delibera n. 1734 del 10 luglio 2019, l'Azienda ha aderito alla piattaforma e attivato il proprio account, predisponendo il format utilizzabile dal segnalante. Qualunque segnalazione compilata tramite Whistleblowing Pa viene canalizzata sulla posta elettronica aziendale del RPCT, il quale può così avviare i conseguenti adempimenti.

Con l'aggiornamento del sito web www.aocannizzaro.it, a far data dal 6 dicembre, il link per accedere alla piattaforma è pubblicato sulla home page con modalità di evidenza e immediata riconoscibilità.

Art. 9 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. 10 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. 11 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. 12 Attività di sensibilizzazione

La tutela dei denunciatori 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. 13 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.

E. Regolamento per la gestione dei pazienti deceduti in Ospedale

INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliera attraverso il presente regolamento risponde alla domanda di cura e di accompagnamento che il morente e i suoi familiari indirizzano alla struttura

L'organizzazione di questo Ospedale mira a assicurare intimità, rispetto accoglienza ed umanità, ai congiunti, in ossequio della normativa in materia.

L'Azienda garantisce il rispetto della dignità della persona anche nel momento del distacco.

L'umanizzazione in ambito sanitario, che consiste sostanzialmente nel ricondurre al centro l'uomo con la sua esperienza di malattia, e coinvolge aspetti strutturali, organizzativi e relazionali, non può prescindere dal pieno rispetto della persona che viene accolta alla conclusione della vita.

L'esperienza della morte, avvenuta nel nosocomio non dovrebbe essere ulteriormente gravata da percezioni di estraneità nei confronti dei parenti o da disorganizzazione nei processi gestionali.

Per tali ragioni la procedura costituisce una sintesi degli aspetti medico legali e applicativi più importanti nella gestione della polizia mortuaria presso le strutture aziendali e vuole essere uno strumento semplice da utilizzare nella pratica quotidiana

Scopo

La procedura si prefigge di organizzare il percorso di assistenza post mortem, garantendo la sicurezza igienico ambientale in ottemperanza alla normativa vigente, con particolare attenzione alle azioni anticorruzione

Normativa

L'ANAC mediante la determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, ha aggiornato il PNA (Piano Nazionale Anticorruzione). Tale delibera esamina determinate aree di rischio specifiche in Sanità, in particolare al punto 2.2.4 intitolato: *“Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero”*, esemplifica gli eventi rischiosi che possono verificarsi: *“la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili, la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario)”*

Al fine di evitare che simili comportamenti possano verificarsi, occorre, sottolinea l'Autorità Anticorruzione adottare determinate “misure” atte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti sia interni che esterni, in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio. Fra le possibili misure ricordiamo che viene suggerito tra le

regole di condotta, obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso a cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio e la rotazione del personale direttamente autorizzato.

Questa Azienda si atterrà scrupolosamente, per gli articoli che descrivono le competenze degli Ospedali, al D.P.R. 10 settembre 1990 n.285: *“Approvazione del Regolamento di Polizia Mortuaria”*

Altra rilevante fonte normativa, ai fini della in materia è la legge 29 dicembre 1993 n. 578: *“Norme per l'accertamento e la certificazione di morte”* che all'art.1 definisce la morte come la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, stabilendo all'art. 2 che: *“ la morte per arresto cardiaco si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed è accertata con le modalità definite con decreto emanato dal Ministero della Sanità”*

Camera mortuaria

La camera mortuaria è costituita da:

- Una sala d'aspetto
- Due camere ardenti
- Due sale autoptiche
- Una sala contenente 12 celle frigorifere
- Una stanza ad uso dei medici e dei magistrati
- Servizi
- Deposito
- Stanza del custode

Su disposizione dell'Autorità giudiziaria possono essere collocate nelle celle frigorifere dell'Ospedale persone decedute all'esterno della Azienda.

Atti propedeutici alle esequie

La documentazione necessaria all'espletamento del servizio funebre viene consegnata ai familiari del defunto o ai loro delegati dal medico necroscopo presso la Direzione Medica di Presidio o direttamente dal Medico legale nominato dall'AG in caso di salme esterne (non decedute in Azienda e su indicazione dell'AG collocate presso il nostro necroscopico)

Accesso alla camera mortuaria

L'accesso alla camera mortuaria è consentito a:

- Personale della ditta di appalto delle pulizie
- Medici necroscopi
- Personale della ditta di onoranze funebri autorizzate e delegate dai parenti
- Personale autorizzato dalla Direzione Sanitaria
- Congiunti e conoscenti del defunto

La camera mortuaria è aperta tutte le mattine, escluso i festivi, dalle ore 8.00 alle ore 13.30.

Nei giorni festivi e nelle ore pomeridiane, serali e notturne la camera mortuaria è chiusa ma è sempre possibile accedere ad essa facendo richiesta al personale sanitario del triage del Pronto Soccorso

Al personale delle agenzie di onoranze funebri è consentito l'accesso ai locali della camera mortuaria per il periodo di tempo indispensabile all'espletamento delle incombenze a loro affidate dai parenti del defunto o a seguito delle disposizioni della Autorità giudiziaria o della Direzione Sanitaria.

Comportamenti

Chiunque acceda alla camera mortuaria è tenuto ad osservare un comportamento consono all'ambiente ed alle circostanze.

Comportamenti professionalmente non idonei tenuti dagli addetti delle imprese che accedono alla camera mortuarie della Azienda Ospedaliera in violazione della legislazione vigente quali, a titolo esemplificativo, l'accaparramento di servizi di onoranze funebri in modo molesto o inopportuno, con attività che raffigurino sospetto di accordo o di corruzione, saranno contestati all'impresa da cui il personale dipende, riservandosi di intraprendere qualsiasi altra iniziativa giudiziale che sia ritenuta necessaria.

Accesso e stazionamento delle imprese di onoranze funebri nella struttura ospedaliera

I dipendenti delle imprese di onoranze funebri possono trattenersi nei locali della camera mortuaria per il tempo strettamente necessario alle incombenze relative alle attività di loro spettanza (e anche alla vestizione del defunto qualora non abbia già provveduto un familiare o un suo delegato).

Le auto delle onoranze funebri e il personale delle ditte autorizzate alle esequie potranno posizionarsi davanti alla camera mortuaria al massimo 30 minuti prima della partenza del funerale; i mezzi per il carico dei fiori dovranno essere posizionati all'ultimo, per garantire a tutti la possibilità di operare senza sovraffollare l'area adiacente alla camera mortuaria.

Norme

finali

Tutti coloro che accedono alla camera mortuaria si impegnano ad osservare il presente regolamento che sarà affisso presso la stessa.

Pubblicazione del regolamento

Il presente regolamento sarà pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente alla voce “Atti Generali” sottotitolo: “Atti Amministrativi Generali”

F.TO

Il Direttore Generale

Dott. Salvatore Giuffrida

Il Direttore Amministrativo

Dott. Giuseppe Modica de Mohac

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Diana Cinà

Il RPCT

Dott.ssa Mirella Cannada