

## 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente sottosezione è predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.), Avv. Anna Curatolo, in conformità alle indicazioni contenute nei seguenti atti di indirizzo:

1. Il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (P.N.A. 2022), adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con la Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023 e relativi allegati;
2. Per gli indirizzi e le disposizioni ancora valide, il Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021 (P.N.A. 2019-2021), adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con la Delibera n. 1064 del 13.11.2019 e relativi allegati;
3. Atti di regolazione generali adottati dall’A.N.A.C. ai sensi della legge n. 190 del 2012 e del Decreto Legislativo n. 33 del 2013.
4. Il Decreto-Legge 31 maggio 2021, n. 77, che definisce il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.), volto a definire i cambiamenti nella Pubblica Amministrazione attraverso i processi di digitalizzazione, reingegnerizzazione dei processi e semplificazione;
5. Il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con la Legge n. 113 del 6 agosto 2021. L’art. 6 del citato Decreto Legge ha introdotto uno strumento unico di pianificazione delle amministrazioni pubbliche – il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) – che, per disposizione di legge, deve essere adottato entro il 31 gennaio di ogni anno, ha durata triennale, contiene i documenti di programmazione che, separatamente, le Amministrazioni Pubbliche devono predisporre annualmente (performance, fabbisogni del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione ecc.) oltre all’osservanza del Decreto Legislativo n. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni”, e successivo D. Lgs. n. 97/2016 “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”.

Conseguentemente, il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è confluito nella sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

## **SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITÀ**

La prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda è possibile soltanto con la collaborazione tra i soggetti che nell'ambito delle figure istituzionali a ciò sono preposti:

- il Direttore Generale;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.);
- Il Collegio dei Revisori;
- L'O.I.V. (Organismo Indipendente di Valutazione);
- I referenti del R.P.C.T. – Gruppo di supporto –
- I Dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- I dipendenti dell'Azienda.

### **Il Direttore Generale**

Attualmente il rappresentante legale p.t. è il Commissario Straordinario Dott. Gianluigi Scaffidi, nominato con D.C.A. n. 57 del 17.05.2022. Egli, quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda:

- designa il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- riceve in bozza il P.I.A.O., completo della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" predisposta dal RPCT, per una prima valutazione delle misure in esso contenute, a cui partecipa lo stesso RPCT al fine di illustrarne adeguatamente i contenuti e le implicazioni attuative;
- adotta il P.I.A.O., completo della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" ed i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- assicura che il R.P.C.T. disponga di poteri idonei allo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività, anche introducendo modifiche organizzative, per assicurargli funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
- riceve la relazione annuale del R.P.C.T.; chiama quest'ultimo a riferire sull'attività e riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza;
- è responsabile, unitamente al R.P.C.T., della mancata adozione del P.T.P.C.T. o della sezione del P.I.A.O. e/o dell'assenza di elementi minimi dello stesso (A.N.AC. sull'art. 19, c. 5, lett. b) del D. L. n. 90/2014);
- verifica che i Responsabili di struttura attuino le disposizioni contenute nel presente Piano e relazionino annualmente sulle attività svolte.

## **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)**

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Avv. Anna Curatolo, è stato nominato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 1127 del 23.12.2015, ed il suo nominativo è stato comunicato all'A.N.A.C. utilizzando il modulo pubblicato sul sito istituzionale dell'Autorità.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza svolge le funzioni in condizioni di indipendenza e di garanzia. Ad egli competono le sottoelencate attività:

- elaborare la proposta di Piano della prevenzione, che deve essere adottato dal Direttore Generale entro il 31 gennaio di ogni anno e che deve essere aggiornato annualmente (art. 1, comma 8 L. 190/2012);
- definire, con la collaborazione dell'Ufficio Formazione, procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8 L. 190/2012);
- verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10, lettera a L. 190/2012);
- proporre modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10 lettera a);
- verificare, d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli Uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lettera b L. 190/2012);
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lettera c L. 190/2012);
- pubblicare, entro il 15 dicembre di ogni anno ovvero entro il termine indicato dall'Agenzia, sul sito web aziendale, una relazione recante i risultati dell'attività (art. 1, comma 14 L. 190/2012), curandone la trasmissione all'organo di indirizzo e all'OIV;
- riferire, su richiesta, all'organo di indirizzo politico, ovvero qualora ritenuto necessario;
- segnalare all' U.P.D. i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (D. L.gs. n. 97/16);
- segnalare all'Organo di indirizzo e all'O.I.V. le disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- esaminare in secondo grado le richieste di accesso civico generalizzato di cui all'art 5 c. 2 D. L.gs. n. 33/13 e ss.mm.ii., in caso di diniego pronunciato in prima istanza dal soggetto detentore del dato;

- richiedere tutte le informazioni e gli atti ritenuti necessari allo svolgimento della propria funzione, senza avere l'obbligo di fornire particolari motivazioni.

I poteri di vigilanza e di controllo attribuiti, devono tuttavia coordinarsi con quelli degli organi di controllo interno dell'Azienda. Pertanto il R.P.C.T.:

- a. non effettua accertamenti in merito a responsabilità né svolge direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile;
- b. acquisisce direttamente, in caso di segnalazioni di natura corruttiva, documenti o svolge audizioni di dipendenti al fine di ricostruire la dinamica dei fatti segnalati;
- c. non può ricoprire il ruolo di componente o presidente dell'OIV nella stessa azienda di appartenenza;
- d. a seguito di avvio da parte di A.N.A.C. del procedimento di vigilanza di cui all' art 1 co 2, lett. f) della L. 190/2012, fornisce, su richiesta, informazioni ed esibisce eventuali documenti, utili per l'avvio del procedimento, assicurando piena collaborazione;
- e. ai fini della predisposizione della relazione di cui all' art. 1 comma 14 della L. 190/2012, esercita poteri di vigilanza e controllo e acquisisce dati e informazioni;
- f. esercita l'attività di controllo di cui all' art 43 co. 1 D. L.gs. n. 33/13.

Il R.P.C.T. dovrà tener conto dei risultati emersi nella Relazione sulla performance, al fine di individuare le cause, e le eventuali misure correttive, che hanno determinato variazioni rispetto agli obiettivi strategici programmati in materia di prevenzione della corruzione.

In caso di inadempimento di tali obblighi sono previste forme di responsabilità a carico del R.P.C.T., salvo che lo stesso dimostri di non aver potuto adempiere.

La centralità della figura del R.P.C.T. è tale che il P.N.A. 2022 ha dedicato un intero allegato (n. 3), laddove si prevede, tra l'altro, la necessità di una struttura di supporto e la procedura di nomina di un sostituto, in caso di vacatio, per assenza improvvisa dello stesso ed obbligo di astenersi.

### **Il Collegio dei Revisori**

Tale organismo, esercitando il controllo sulla legittimità degli atti deliberativi adottati dall'Azienda, impedisce la determinazione di scelte arbitrarie e rappresenta, quindi, un ottimo sistema di prevenzione della corruzione.

### **Referenti del R.P.C.T. – Gruppo di supporto -**

Ai fini dell'attuazione della legge 190/2012 si individuano quali figure obbligate alla collaborazione nella predisposizione ed attuazione del P.T.C., i seguenti soggetti:

- Direttori delle UU.OO.CC. Sanitarie, Amministrative, Tecniche e Professionali;
- Presidente Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.);
- Presidente Commissione Beni Infungibili;
- Referente Sperimentazione cliniche, gestione progetti di ricerca;
- Responsabile Risk Management;

Ai predetti soggetti, nella qualità di referenti del R.P.C.T., sono affidati compiti di:

- Elaborazione di proposte sull'adozione della Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" (P.I.A.O.);
- Garanzia e vigilanza sull'attuazione di tutti gli adempimenti introdotti in materia di anticorruzione, ferma restando la responsabilità primaria di controllo attribuita ex lege ai Dirigenti Responsabili di ciascuna struttura organizzativa aziendale;
- Collaborazione per lo svolgimento di tutte le attività del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (R.P.C.T.);
- Partecipare al processo di rilevazione e gestione del rischio;
- Individuare i mezzi specifici per ridurre i comportamenti corruttivi;
- Monitoraggio del flusso dei dati per l'adempimento degli obblighi di trasparenza;
- Attestare il rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi di competenza della propria struttura;
- Adozione delle misure gestionali; si richiama la delibera ANAC n° 1064 del 13/11/2019 – P.N.A. 2019 – allegato 2: "provvedere alla rotazione del personale e, nella impossibilità, rappresentarne le motivazioni, ponendo in essere le misure alternative in essa indicate;
- Assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare i casi di violazione, dandone comunicazione al R.P.C.T. ed all'U.P.D.;

I suddetti soggetti dovranno redigere e trasmettere al R.P.C.T, entro il 30 novembre di ogni anno, circostanziata relazione illustrativa delle attività poste in essere nell'esercizio delle proprie funzioni, con analitica descrizione dei processi e dei relativi rischi ad essi connessi, evidenziando gli interventi organizzativi realizzati, al fine di assicurare il rigoroso rispetto della legge e delle disposizioni della presente sezione, nonché le misure adottate per procedere alla rotazione del personale, o comunque realizzarne gli scopi, e dovranno dare riscontro dell'attività formativa all'interno delle articolazioni aziendali, ai fini della massima diffusione dei contenuti anticorruzione e di quelli del Codice di comportamento, dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, così come delle segnalazioni ricevute relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità, nel rispetto della

riservatezza. L'assenza di collaborazione dei singoli Referenti, sia sotto il profilo della fornitura di dati, documenti, notizie che della disponibilità ad agevolare monitoraggi e verifiche, sarà segnalata alla Direzione Strategica e comporta responsabilità disciplinare.

In sintesi, i compiti dei referenti, che costituiscono specifiche misure programmate per l'anno 2024 sono:

- Procedere, compatibilmente alle esigenze organizzative e delle risorse disponibili e comunque attivando percorsi per l'acquisizione di competenze, alla rotazione dei dipendenti che operano negli Uffici preposti allo svolgimento delle attività, nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione, ovvero mettere in atto scelte organizzative volte ad una maggiore condivisione delle attività tra gli operatori, al fine di evitare l'isolamento di mansioni e assicurare il reciproco controllo. La rotazione, se non si tratta di ambiti di infungibilità, dovrà comunque obbligatoriamente essere realizzata laddove si siano verificati episodi corruttivi che coinvolgano il personale;
- Vigilanza sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, nonché della misura del divieto di pantouflage di cui all'art. 53, co. 16-ter, D. Lgs. n. 165/2001;
- Individuazione dei dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi;
- Verifica, almeno una volta l'anno, dello svolgimento di attività finalizzate alla informazione e sensibilizzazione del personale circa i doveri giuridici ed i principi etici cui si deve costantemente ispirare il loro operato;
- Monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti, nonché 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 o di altro genere, verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti ed il personale della propria struttura, provvedendo annualmente a raccogliere ed a far aggiornare eventuali dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e, nel caso di fattispecie dichiarate, a valutarne l'eventuale sussistenza segnalandola alla Direzione Generale e al R.P.C.T.;
- Vigilanza in merito alla corretta costituzione delle commissioni e all'assegnazione agli uffici, stante i divieti previsti dall'art. 1 comma 46 della Legge 190/2012, per 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;

- Segnalazione al Responsabile di casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare;
- Report semestrali al R.P.C.T. sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate, nonché proposta di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare;
- In materia di trasparenza, compiti volti ad assicurare il rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati ed il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura, in particolare, devono effettuare le dovute pubblicazioni, nonché compiere controlli periodici sui dati pubblicati dai competenza all'interno del link "Amministrazione Trasparente", di cui verrà fornito resoconto al R.P.C.T., con cadenza semestrale, suggerendo eventuali DATI ULTERIORI, rispetto a quelli obbligatori che si ritenga utile diffondere.

#### **Referenti interni alle UU.OO.CC.**

Al fine di agevolare le complesse attività a cui sono tenuti i Direttori delle UU.OO.CC. aziendali, ognuno di essi ha nominato all'interno della propria struttura i collaboratori per l'anticorruzione, la trasparenza e l'accesso agli atti.

I nomi dei referenti sono pubblicati nel sito web istituzionale - Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione.

#### **Anticorruzione e Trasparenza – Avvocatura**

Responsabile Anticorruzione /Trasparenza / Accesso agli atti - Avv. A. Curatolo

#### **Affari Generali, Legali ed Assicurativi**

Referente Anticorruzione - Sig.ra D. Cutrupi

Referente Accesso agli Atti - Dr.ssa C. Ferraro

Referente Pubblicazione U.O.C. - Sig.ra D. Cutrupi

#### **Gestione Sviluppo Risorse Umane e Formazione**

Referente Anticorruzione - Dott. A. Vegliante

Referente Accesso agli Atti - Sig.ra G. Curcio

Referente Pubblicazione U.O.C. - Sig. E. Bellantoni

#### **Programmazione e Controllo di Gestione**

Referente Anticorruzione - Sig. A. Corsaro

Referente Accesso agli Atti - Dr.ssa A. Borrello

Referente Pubblicazione U.O.C. - Sig. A. Corsaro

#### **Gestione Risorse Economiche e Finanziarie**

Referente Anticorruzione - Dott. Bruno Restuccia

Referente Accesso agli Atti - Dott.ssa Francesca Fiorentino

Referente Pubblicazione U.O.C. - Dott. Bruno Restuccia

### **Gestione Tecnico Patrimoniale**

Referente Anticorruzione - Sig. M. Suraci

Referente Accesso agli Atti - Sig. M. Suraci

Referente Pubblicazione U.O.C. - Sig. M. Suraci

### **Provveditorato Economato**

Referente Anticorruzione - Dr.ssa G. Ambroggio

Referente Accesso agli Atti - Dott. F. Ferrara

Referente Pubblicazione U.O.C. - Dr.ssa M. Bronzi

### **Direzione Sanitaria di Presidio**

Referente Anticorruzione - Dr.ssa M.A. Marino

Referente Accesso agli Atti - Dr.ssa S. Saffioti

Referente Pubblicazione U.O.C. - Dr.ssa M.A. Marino

### **Dipartimenti Sanitari e Dipartimenti Amministrativi**

#### **Referente pubblicazione coordinamento e monitoraggio sito aziendale**

Dott. S. Carullo

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nella fase di predisposizione ed aggiornamento del Piano, procede a realizzare una interlocuzione con i Responsabili di struttura.

### **Dipendenti dell'Azienda**

I dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPC, segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D., segnalano casi di personale conflitto di interessi e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito di cui siano venuti a conoscenza. La violazione delle misure di prevenzione e contrasto della corruzione di cui al presente P.I.A.O. devono essere rispettate sia dal personale del comparto che dalla dirigenza. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, l. n. 190/2012)

Tutti i dipendenti dell'Azienda sono tenuti all'osservanza delle disposizioni anticorruzione, pena le sanzioni di cui all' art.1, comma 14, della legge 190/2012.

Pertanto, tutti i dipendenti sono tenuti a:



- partecipare al processo di gestione del rischio, prestando la loro collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (art. 8 Codice di comportamento DPR n. 62/13);
- osservare le misure contenute nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del P.I.A.O. (art. 1, c. 14, legge 190/2012; art. 8 Codice di comportamento generale);
- segnalare tempestivamente al Responsabile della struttura di appartenenza o all'U.P.D. le situazioni di illecito di cui sono venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro (art. 54 bis D. Lgs. n. 165/2001), nonché i casi di conflitto di interesse (art. 6 bis legge 241/1990 e artt. 6 e 7 Codice di comportamento generale D.P.R. n. 62 del 2013), anche in relazione a prossimi congiunti;
- effettuare apposita comunicazione alle Risorse Umane di assenza di carichi pendenti per fatti connessi all'attività svolta e comunque per reati contro la Pubblica Amministrazione;
- segnalare eventuali condanne anche non definitive per reati di cui al Libro II Titolo II del codice penale;
- tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

Le suddette misure si estendono anche agli specializzandi, nonché ai soggetti autorizzati alla frequenza volontaria o ad attività svolta a titolo gratuito.

A tal fine, i Responsabili delle strutture cureranno la massima diffusione dei contenuti della presente Sezione e del Codice di Comportamento.

### **L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)**

Il citato Organismo svolge i seguenti compiti:

- offrire, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- attestare annualmente la corretta pubblicazione dei dati, documenti e informazioni individuati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (articolo 14, comma 4, lett. g, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di

ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”);

- esprimere parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall’Azienda. L’attestazione viene pubblicata nella sottosezione “Controlli e rilievi sull’amministrazione” - “Organismi indipendenti di valutazione”;
- riceve da parte del R.P.C.T. segnalazioni circa le disfunzioni inerenti l’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, e può, per converso, richiedere al R.P.C.T. informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell’attività di controllo di sua competenza ed anche, qualora ritenuto utile e necessario, effettuare audizioni con i dipendenti.

Rappresenta il primo interlocutore esterno al sistema per il R.P.C.T., il quale è tenuto ad attivarne il coinvolgimento tutte le volte che i Dirigenti/Referenti omettano adempimenti e attività cui sono tenuti per legge, regolamenti, direttive, linee guida A.N.A.C. o atti interni aziendali. Inoltre, la relazione annuale del R.P.C.T. ex art. 1 comma 14 della Legge n. 190/12, recante i risultati dell’attività svolta da pubblicare nel sito web dell’amministrazione, è trasmessa, oltre che al Direttore Generale, anche all’OIV (art. 41, co. 1, lett. l), D. Lgs. n. 97/2016), il quale ha la possibilità di chiedere al R.P.C.T. informazioni e documenti e può anche effettuare audizioni di dipendenti. L’Organismo garantisce all’A.N.A.C., su esplicita richiesta, le informazioni ed i documenti necessari per lo svolgimento del controllo. Esso riferisce all’Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Il P.N.A. 2024 ha stigmatizzato la necessità di valorizzare nel P.I.A.O. la collaborazione tra R.P.C.T. e O.I.V. per la migliore integrazione tra la sezione anticorruzione e trasparenza e la sezione performance del P.I.A.O.

Il potere riconosciuto all’O.I.V. di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da A.N.A.C. si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato, (se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile).

#### **L’Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (U.P.D.),**

Svolge i procedimenti disciplinari nell’ambito della propria competenza (art. 55 bis, D. Lgs. n. 165 del 2001), provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell’Autorità Giudiziaria e propone l’aggiornamento del Codice di Comportamento.

L’ U.P.D. è chiamato, inoltre, in relazione ai procedimenti avviati che facciano riferimento ad ipotesi corruttive, a fornire apposita relazione semestrale alla Direzione Generale e al R.P.C.T., allo scopo di

individuare aree critiche caratterizzate da patologie e deviazioni dai corretti percorsi aziendali che possano consentire la mappatura dei processi e la conseguente individuazione delle misure di contrasto.

Il Presidente dell'U.P.D. è, attualmente, il Direttore della U.O.C. Gestione Risorse Umane e Formazione.

### **Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (R.A.S.A.)**

In relazione all'obbligo previsto dall'art. 33-ter del Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179, convertito con la Legge 17 dicembre 2012 n. 221, questa Azienda ha provveduto ad individuare il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (R.A.S.A.), il cui profilo deve essere registrato ed attivato nella specifica sezione del sito dell'A.N.AC., anche come misura organizzativa di trasparenza volta a garantire la prevenzione di fenomeni corruttivi. Il R.A.S.A. è l'unico soggetto responsabile per l'inserimento e per l'aggiornamento delle informazioni e dei dati identificativi concernenti la stazione appaltante presente nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti, da effettuarsi conformemente a quanto previsto dalla legge, entro il 31 dicembre di ogni anno. Il R.A.S.A. del G.O.M. "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria è la Dott.ssa Giuseppina Ambroggio, Dirigente Amministrativo con incarico di Direttore della U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica, Appare opportuno ricordare in questa sede che in caso di mancata indicazione del nominativo del R.A.S.A. nel P.T.P.C., l'A.N.A.C., previa richiesta di chiarimenti al R.P.C.T., può esercitare il potere d'ordine ex art. 1, 3° comma della legge 190/2012, nei confronti dell'Organo Amministrativo di vertice, ovvero, nel caso di omissione del R.P.C.T., nei confronti di quest'ultimo.

### **Il Responsabile della Protezione dei Dati (R.P.D.)**

Il Responsabile della Protezione dei Dati, nominato dal Direttore Generale p.t., con Delibera n. 292 del 24.05.2018, è attualmente l'Ing. Carmelo Gullì e costituisce una figura di riferimento anche per il R.P.C.T. A tal riguardo, si consideri, ad esempio, il caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal R.P.C.T. con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali. In questi casi, il R.P.C.T. ben si può avvalere, se ritenuto necessario, del supporto del RDP nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici, ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la legge attribuisce al R.P.C.T. il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali, anche se il R.P.D. sia stato eventualmente già consultato in prima istanza dall'ufficio che ha riscontrato l'accesso civico oggetto del riesame.

## **Stakeholder**

Il G.O.M., al fine di facilitare un ascolto attivo dei vari portatori di interessi, ha attivato canali di comunicazione, pubblicandone gli estremi sul sito internet istituzionale.

Sono attivi i seguenti canali:

- Telefonico (disponibilità di numeri verdi, numeri diretti dei servizi);
- E-mail dei servizi e dei centri di attività;
- PEC;
- U.R.P. ( gestione reclami, lettere di ringraziamento);
- Questionari di soddisfazione (customers - satisfaction);
- Portale internet, presso il quale i portatori di interesse possono reperire le informazioni necessarie ed i contatti per entrare in collegamento con l'Amministrazione.

Allo scopo di raccogliere contributi di idee e proposte di miglioramento e di integrazione, tutti gli stakeholders sono stati coinvolti tramite un avviso in consultazione, pubblicato sul sito web dell'Azienda, con l'invito a far pervenire eventuali proposte, suggerimenti, integrazioni, riflessioni, alla casella di posta elettronica dedicata, così da dare la possibilità al Responsabile di recepire, nel redigendo Piano, i suggerimenti pervenuti. Nei termini prescritti non sono pervenuti suggerimenti o indicazioni specifiche.

## **Finalità del P.I.A.O.**

Le finalità del P.I.A.O. e quindi anche della presente sezione, sono:

- a) fornire il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di illegalità ed indicare gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio;
- b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della precedente lettera a), procedure di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione;
- c) indicare le procedure per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo eventuale necessaria rotazione dei dirigenti e funzionari;
- d) indicare gli strumenti di monitoraggio, per ciascuna attività, del rispetto dei termini di conclusione del procedimento;
- e) indicare gli strumenti di monitoraggio dei rapporti tra l'azienda ed i soggetti che con essa 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 dei concessionari con i dirigenti dell'azienda;

La mappatura dei processi e l'analisi del rischio è quella già definita nella recente adozione del P.I.A.O. 2022 - 2024, secondo la metodologia prevista nel P.N.A. 2019 ed ove necessario si è proceduto ad un aggiornamento in base alle disposizioni contenute nel nuovo P.N.A. approvato dall'A.N.A.C. con delibera n. 7 del 17 gennaio 2023. In particolare si è condiviso lo spirito del P.N.A. 2022, cioè che la corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione contribuisce ad una rinnovata sensibilità culturale in cui la prevenzione della corruzione non deve essere intesa come onere aggiuntivo all'agire quotidiano, ma sia essa stessa considerata nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa per il miglior funzionamento della P.A. al servizio dei cittadini e delle imprese. Nel prevenire fenomeni di maladministration e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

In particolar modo, la sezione 2.3, sulla base delle indicazioni del P.N.A. 2022, contiene:

1. la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
2. la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;
3. la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
4. l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
5. la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
6. il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
7. la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del D. Lgs. n. 33 del 2013.

La sezione assume importante valore programmatico in quanto attuando il diretto coinvolgimento della Direzione Aziendale in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione, sono stati individuati gli obiettivi contenuti nei documenti di programmazione

strategico-gestionale, al fine di perseguire i seguenti cinque obiettivi strategici, individuati dall'Organo di Direzione:

1. riduzione della possibilità che possano verificarsi casi di corruzione e di illegalità all'interno dell'Amministrazione, mediante l'inserimento di effettive, concrete, efficaci e adeguate misure di prevenzione riguardanti l'intera struttura organizzativa;
2. aumento della capacità di far emergere e individuare eventuali casi di corruzione o di illegalità e di riconoscere fenomeni di cattiva gestione, attraverso una corretta analisi del rischio;
3. individuazione di adeguate misure di prevenzione e periodico monitoraggio della loro applicazione, dell'utilizzo degli strumenti e delle misure di contrasto;
4. creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione e al perdurare di situazioni di opacità gestionale e amministrativa, attraverso la sistematica applicazione del Codice di Comportamento, che si caratterizza sempre più come documento di riferimento dell'Ente per la redazione degli atti e dei regolamenti;
5. promozione ed individuazione di maggiori livelli di trasparenza e di integrità, da garantire sotto l'aspetto quantitativo con la pubblicazione di "dati ulteriori" e qualitativo mediante l'attenzione rivolta all'aggiornamento, alla tempestività, alla completezza, alla semplicità di consultazione ed alla comprensibilità dei dati pubblicati.

A questi obiettivi di prevenzione della corruzione si aggiungono alcuni obiettivi strategici, propedeutici alla creazione di Valore Pubblico:

- promozione della cultura della legalità e dell'etica pubblica;
- incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- promozione del pieno assolvimento degli obblighi di trasparenza e individuazione di ulteriori obblighi rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del P.N.R.R.;
- presidio dell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.): monitoraggio della tempistica di utilizzo delle risorse, individuazione dei soggetti attuatori tramite gara, realizzazione effettiva delle opere finanziate da risorse del P.N.R.R.;

- revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);

## **Whistleblowing**

Nel 2012, la L. n. 190, “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, ha introdotto nel D. Lgs. 165/2001, l’art. 54 bis “tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti”, a cui ha fatto seguito nel 2015 la determinazione A.N.A.C. n. 6 “linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblower)”. Tale disposizione mira a garantire la tutela del dipendente della pubblica amministrazione che segnali condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. La norma del 2012 è stata modificata dal legislatore con la L. 30-11-2017, 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”, entrata in vigore il 29-12-2017. In particolare, la L. n. 179/17 si occupa del dipendente che “nell’interesse dell’integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ovvero all’A.N.A.C., o denuncia all’autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro” prevedendo che il dipendente non possa essere “sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione”.

La L. n. 179/17 stabilisce inoltre che “l’identità del segnalante non può essere rivelata:

- nel procedimento penale l’identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall’art. 329 del c.p.p.;
- nel procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l’identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria;
- nei procedimenti disciplinari l’identità del segnalante non può essere rivelata quando la contestazione dell’addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell’identità del segnalante e sia indispensabile per la difesa del soggetto incriminato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità”.

Pertanto, i principi fondamentali sono:

- Tutela dell’anonimato;

- Divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower;
- Sottrazione della denuncia al diritto di accesso ex L. 241/90.

Attualmente, la procedura di segnalazione è regolamentata dalla Delibera A.N.A.C. n. 311 del 12.07.2023, in ossequio al Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24 (in Gazz. Uff. 15 marzo 2023, n. 63) recante “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. (Decreto whistleblowing)”.

Al fine di agevolare il segnalante, a quest'ultimo va garantita la scelta fra diverse modalità di segnalazione:

- forma scritta, anche con modalità informatiche (piattaforma online). La posta elettronica ordinaria e la PEC si ritiene siano strumenti non adeguati a garantire la riservatezza. Qualora si utilizzino canali e tecniche tradizionali, da disciplinare nell'atto organizzativo, è opportuno indicare gli strumenti previsti per garantire la riservatezza richiesta dalla normativa. Ad esempio, a tal fine ed in vista della protocollazione riservata della segnalazione a cura del gestore, è necessario che la segnalazione venga inserita in due buste chiuse: la prima con i dati identificativi del segnalante unitamente alla fotocopia del documento di riconoscimento; la seconda con la segnalazione, in modo da separare i dati identificativi del segnalante dalla segnalazione. Entrambe dovranno poi essere inserite in una terza busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura “riservata” al gestore della segnalazione (ad es. “riservata al R.P.C.T.”). La segnalazione è poi oggetto di protocollazione riservata, anche mediante autonomo registro, da parte del gestore;
- forma orale, alternativamente, attraverso linee telefoniche, con sistemi di messaggistica vocale, ovvero, su richiesta della persona segnalante, mediante un incontro diretto fissato entro un termine ragionevole.

Si precisa che nei soggetti del settore pubblico tenuti a nominare un Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (R.P.C.T.), come nel caso del G.O.M., la gestione delle segnalazioni, nelle forme prevista dalla succitata delibera, è affidata a quest'ultimo (Avv. Anna Curatolo).

Il G.O.M. intende adottare la piattaforma informatica prevista, quale ulteriore modalità di segnalazione degli illeciti, per adempiere agli obblighi normativi richiamati.

### **Segnalazioni anonime**

La rilevanza di tali segnalazioni è limitata all' ipotesi in cui queste si presentino circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano cioè tali da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti



determinati (es. indicazione di nominativi o qualifiche particolari, menzioni di uffici specifici, ecc.); verranno esaminate soltanto in presenza di queste caratteristiche.

### **Segnalazioni Spontanee**

Tutti i dipendenti del G.O.M. possono inoltrare al R.P.C.T. segnalazioni di comportamenti che siano percepiti quali fatti corruttivi.

Le segnalazioni possono essere inoltrate utilizzando l'indirizzo mail anticorruzione@ospedalerc.it.

### **ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO**

Il rischio corruttivo può veicolare all'interno di un'organizzazione per via delle specificità dell'ambiente nel quale essa opera. Pertanto, l'analisi del contesto sociale ed economico locale nel quale il G.O.M. è collocato assume rilevanza per valutare le potenziali minacce alla tenuta della legalità e la "permeabilità" dell'Azienda alla corruzione.

L'analisi porta ad individuare due principali "aree /elementi" di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti disonesti o fatti di corruzione:

- 1) il primo è la natura della criminalità nel territorio interessato;
- 2) il secondo è la dimensione del G.O.M. nell'ambito economico – produttivo regionale e il ruolo che esso gioca nella sanità.

### **Criminalità e sicurezza**

Il forte interesse delle mafie si giustifica innanzitutto con la volontà di appropriarsi delle risorse del servizio sanitario nazionale. La violazione sistematica del codice degli appalti (mancato rispetto delle procedure di gara tramite frazionamento delle spese, proroga illegittima dei contratti, violazione della disciplina dei subappalti etc.) e del codice antimafia (viene eluso l'obbligo di verificare l'esistenza di interdittive delle società che stipulano contratti con la pubblica amministrazione) e, più in generale, una gestione amministrativa caratterizzata da forte inefficienza e disordine, facilitano l'affidamento di servizi e forniture a soggetti legati alla criminalità organizzata. Funzionale a tale obiettivo è l'individuazione di "referenti" tra il personale dirigenziale e amministrativo, in particolare negli uffici preposti alla gestione delle spese, che possano indirizzare l'attività dell'amministrazione a favore delle cosche locali (spesso le relazioni prefettizie sottolineano la presenza all'interno delle aziende sanitarie di dipendenti legati da rapporti di frequentazione o parentela con esponenti dei clan mafiosi, ovvero con precedenti penali o di polizia).

Il secondo motivo di interesse è costituito dal fatto che la sanità ha rappresentato per anni un sistema clientelare per le assunzioni (così il procuratore della repubblica di Reggio Calabria di fronte alla Commissione antimafia, 28 marzo 2019), funzionale a garantire l'immissione nelle strutture sanitarie

di persone legate ai clan locali ed accrescere così il consenso della popolazione intorno alle organizzazioni criminali.

Il mondo della sanità è importante, innanzitutto, per l'occupazione che assicura e l'indotto che ne deriva.

Di qui gli investimenti della criminalità organizzata, non solo di tipo economico con la realizzazione di attività imprenditoriali nello specifico settore, ma anche, e soprattutto, su soggetti politici ad essa legati, al fine di manipolare i flussi di spesa pubblica e la gestione amministrativa.

Tra i molti elementi messi in luce per la nostra regione, ai fini dell'analisi di contesto per il presente P.I.A.O. appaiono significativi i seguenti:

- attori economici, di natura sia illegale che legale, sottopongono i centri decisionali pubblici ad una sorta di pressione "continuativa", cercando di influenzarne e manipolarne le decisioni, col fine di garantirsi un "accesso", stabile, improprio e privilegiato a risorse e contratti pubblici: tale modalità sembra gradualmente sostituire i "vecchi" tentativi di "corruttela" settoriale o di specifica "infiltrazione" criminale;
- un cambiamento degli attori "corruttivi" dalle figure politiche e partitiche verso altre figure, non solo pubblici dirigenti e funzionari, ma anche privati come manager, mediatori, professionisti che spesso operano come intermediari o "facilitatori";
- una graduale sostituzione della "piccola" corruzione con altre forme di *do ut des* più strutturate e sistemiche, nelle quali un soggetto opera come centro di potere riconoscibile e come "garante" dei rapporti tra gli attori.

### **Protocollo di legalità**

Premesso il contesto esterno in cui operano le Aziende del Servizio Sanitario Calabrese, la Prefettura ed il Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria hanno approvato e sottoscritto, con delibera n. 527 del 2.10.2017 un *Protocollo di Legalità* per la prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel settore appalti di lavori pubblici, concessioni, forniture e servizi.

La necessità di sottoscrivere il citato protocollo nasce dalle innovazioni legislative e regolamentari che disciplinano i reati corruttivi per infiltrazione mafiosa che richiedono, per un puntuale monitoraggio, interventi atti a garantire la trasparenza nelle procedure amministrative.

Inoltre, l'emergenza COVID-19 ha messo in luce sia punti di forza che di debolezza nei sistemi di trasparenza e integrità degli enti del S.S.R., che sono stati sottoposti "ad un vero e proprio stress test di integrità".

Il P.I.A.O. diviene in questa prospettiva uno strumento fondamentale nel ciclo di programmazione aziendale, come tangibile presidio contro i rischi di opacità e corruzione.

## **ANALISI DEL CONTESTO INTERNO**

L'Azienda, in coerenza agli indirizzi del P.S.N. e del P.S.R., concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità ed alto contenuto tecnologico, erogando prestazioni sanitarie per acuti essendo centro HUB per la provincia di Reggio Calabria e centro di riferimento regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale.

La strategia dell'azienda è orientata a qualificare l'offerta di azioni di carattere clinico-assistenziale potenziandola ed innovandola, attivando livelli di specializzazione crescenti dello stesso servizio allargando la gamma delle tipologie di servizio.

La struttura del G.O.M. è in continuo divenire ed è interessata da un progetto in avanzato stato di realizzazione di due nuove piastre presso il presidio Morelli che si caratterizzeranno per la gestione moderna del paziente affetto da patologie onco-ematologiche sulla base di livelli differenziati di alta e media assistenza.

La mission dell'Azienda e la sua struttura organizzativa, come descritta nella Sezione 3.2, possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo della stessa.

## **MAPPATURA DEI RISCHI - INDIVIDUAZIONE DEI PROCESSI**

Nel presente piano si formalizza una prima mappatura con riferimento ai processi ritenuti a maggior rischio, sulla base delle caratteristiche degli stessi, analizzati in termini di probabilità e di impatto, valutando quindi la pericolosità dell'evento correlata alla gravità delle conseguenze.

Di seguito si evidenziano i macroprocessi oggetto della valutazione:

- responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno;
- acquisizione di beni e servizi e gestione dei contratti;
- gestione delle sperimentazioni cliniche;
- gestione delle liste di attesa;
- gestione libera professione;
- gestione lavori pubblici;
- gestione patrimonio immobiliare;
- gestione finanziamenti pubblici e privati;
- acquisizione e vendita di prestazioni e servizi sanitari presso terzi;
- incasso proventi da prestazioni sanitarie e non.

## **OBIETTIVI GENERALI**

Con la delibera n. 311 del 28.04.2022, il G.O.M. ha approvato l'“Aggiornamento Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 (P.T.P.C.T.)”.

In considerazione della visione strategica per la realizzazione della mission aziendale e dei principi che la fondano, a protezione del Valore Pubblico descritto e degli obiettivi di performance strategici programmati per il triennio 2023-2025 sopra illustrati, l'Azienda ha definito i seguenti obiettivi generali in materia di contrasto alla corruzione:

- sviluppo e garanzia di una formazione e sensibilizzazione efficace dei dipendenti;
- implementazione delle buone pratiche, diffusione dell'etica pubblica e dell'integrità all'interno dell'Azienda;
- aggiornamento dei processi organizzativi aziendali;
- sviluppo degli indicatori di rischio di corruzione e strumenti per la valutazione di efficacia delle misure scelte per mitigare i rischi corruttivi;
- identificazione e valutazione di eventuali settori più vulnerabili ai rischi corruttivi.

## **MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO GENERALE**

### **Gestione del contenzioso**

L'art. 4 della legge n. 24 dell'8 marzo 2017 dispone che le strutture sanitarie pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito web, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

### **Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale**

La gestione delle risorse umane ha come obiettivo l'acquisizione e programmazione del personale tramite l'applicazione dei contratti collettivi di lavoro, contratti collettivi integrativi aziendali, normativa di riferimento per garantire la valorizzazione delle professionalità presenti in Azienda, nei limiti delle direttive gestionali della Direzione Strategica, coadiuvata dal Direttore di Dipartimento Amministrativo e dai Direttori di Struttura Complessa.

Il rischio in tale settore è dato dalla violazione delle norme che regolano l'acquisizione del personale, norme contrattuali nella loro applicazione ed arbitraria valutazione del personale.

In ottemperanza all'art. 53, comma 16 - ter del D. Lgs. n. 165/2001, è previsto l'inserimento della clausola di pantouflage negli schemi di contratti pubblici.

### **Il pantouflage**

E' stato introdotto nel nostro ordinamento dalla Legge n. 190/2012 che, modificando l'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001, ha disposto, al comma 16-ter, il divieto per i dipendenti che negli ultimi tre anni di

servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La disciplina sul divieto di pantouflage si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni, nonché ai soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo. Per un approfondimento puntuale e aggiornato sulla normativa inerente il c.d. Divieto di Pantouflage si rimanda al sito dell'ANAC <https://www.anticorruzione.it>.

Il Grande Ospedale Metropolitano attua la suddetta misura di prevenzione:

- inserendo nei contratti di assunzione del personale la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- inserendo in tutti contratti relativi agli incarichi dirigenziali la clausola che prevede l'impegno del dirigente al rispetto delle disposizioni di cui all'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. n. 165/2001 e, pertanto, ove negli ultimi tre anni di servizio eserciti poteri autoritativi o negoziali, è fatto divieto allo stesso, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, di svolgere attività lavorativa di tipo subordinato ed autonomo presso soggetti privati destinatari dell'attività svolta attraverso i suddetti poteri";
- inserendo nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi a soggetti già dipendenti dell'Amministrazione che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- prevedendo l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- prescrivendo l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- agendo giudizialmente, per il tramite dell'Avvocatura Interna per ottenere il risarcimento del danno nei confronti dei soggetti già dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter D. Lgs. n. 165/2001, nella misura pari agli emolumenti

liquidati complessivamente, ivi compreso la liquidazione dell'indennità di risultato nei confronti di soggetti già dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti segnalati.

L'attuazione di questa misura, è posta in capo alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, la quale effettua controlli presso l'Agenzia delle Entrate territorialmente competente, sui nominativi estratti, relativamente ai redditi derivanti dallo svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati (con riferimento a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale, sia mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato sia mediante l'affidamento di incarico o consulenza); le risultanze delle verifiche dovranno essere segnalate al R.P.C.T. La violazione del divieto di pantouflage deve essere segnalata dal R.P.C.T., ai vertici dell'amministrazione, ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

Il termine di riscontro per il suddetto adempimento è fissato dal R.P.C.T. al 15.12.2024.

### **Gestione gare per servizi e forniture**

L'Azienda deve garantire la concorrenza leale secondo quanto stabilito dal codice dei contratti e qualunque altra norma e disposizione interna o regionale. Deve quindi vigilare sulle procedure di affidamento dei lavori, nell'esecuzione dei contratti, negli acquisti servizi e forniture ispirandosi ai principi di libera concorrenza, correttezza e buona fede, garantendo all'Azienda un prodotto o attività di qualità.

I rischi in tale settore sono di eventuali rapporti indebiti con i fornitori in violazione del principio di libera concorrenza e degli obblighi di cui art. 26 del D. Lgs. n. 81/2008 (sicurezza sul lavoro) di seguito elencati:

- idoneità tecnico professionale;
- regolarità contributiva;
- rischi specifici coordinamento e cooperazione;
- D.U.V.R.I.

### **Acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili**

Tra le misure specifiche per la gestione dei processi di acquisto in ambito sanitario rilevante importanza rivestono quelle per evitare le situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, nell'acquisto di beni esclusivi o infungibili.

La Regione Calabria con D.C.A. n. 137 del 21.12.2016 per garantire l'assenza di elementi conflittuali ha pubblicato "Linee guida vincolanti per l'uniformità dei processi e delle procedure adottate nella gestione dei farmaci e dei dispositivi medici in ambito aziendale".

Con delibera n. 214/2016 è stata nominata la Commissione per la valutazione delle richieste di prodotti esclusivi e beni infungibili. Con delibere successive, da ultima la n. 466 del 04.07.2022, sono stati nominati i componenti della Commissione stessa.

Con diverse disposizioni di servizio le Direzioni Strategiche che si sono succedute nel tempo hanno regolamentato le varie fasi dell'acquisto di beni e servizi anche in funzione di prevenzione della corruzione e, comunque, in un'ottica di economicità degli stessi.

In particolare, con la disposizione di servizio prot. n. 5603 del 21.06.2017, si è, tra l'alto, stabilito che le richieste di beni e servizi per le quali occorrerà predisporre apposita procedura di selezione del contraente:

- a) devono essere formulate dai Direttori delle Unità Operative di questa Azienda, di norma, avuto riguardo anche della specificità delle singole forniture, per periodi di tempo non inferiori a due anni e non superiori a cinque;
- b) devono essere indirizzate al Direttore del Dipartimento a cui le Unità Operative afferiscono il quale provvederà a valutarle, eventualmente autorizzarle ed a trasmetterle con apposita relazione all'U.O.C. di Farmacia, se trattasi di dispositivi medici o farmaci, all'U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica, se trattasi di attrezzature, strumentario o arredi, alla U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale se trattasi di servizi di manutenzione agli immobili o alle attrezzature sanitarie e scientifiche. Il Direttore di Dipartimento nel valutare le richieste di beni o servizi farà riferimento, per quanto possibile ed applicabile, ai rapporti tra i costi (ivi compresi tutti i costi correlati ed accessori) ed i benefici (sia in termini di efficacia sanitaria, fondata anche sull'evidenza di dati acquisiti, sperimentalmente dimostrati e riproducibili, che in termini di valore economico misurabile dalla produzione sanitaria generabile o dai minori costi da sostenere). Il Direttore di Dipartimento nel selezionare le richieste da autorizzare dovrà evidenziare eventuali priorità di acquisto e privilegiare la condivisione dei beni e dei servizi all'interno dello stesso Dipartimento e/o tra i Dipartimenti interessati, nell'ottica della razionalizzazione delle risorse e di maggiori risparmi di costo. Qualora il Direttore di Dipartimento valuti che un bene o un servizio possano essere di uso comune a più Dipartimenti la relazione di autorizzazione all'acquisto è sottoscritta dai Direttori di Dipartimento interessati. Qualora gli acquisti di beni e servizi siano ritenuti idonei all'utilizzo nei protocolli diagnostico - terapeutici e nei percorsi integrati interdipartimentali la richiesta sarà formulata dal Collegio di Direzione;
- c) qualora autorizzate dai Direttori di Dipartimento dovranno contenere l'indicazione di un referente tecnico per le fasi di redazione del capitolato speciale di appalto e di definizione puntuale del fabbisogno nonché di tutti gli eventuali adempimenti tecnici specifici connessi alle successive fasi necessarie alla selezione del fornitore.

Inoltre, con la disposizione di servizio prot. n. 10681 del 27.04.2018, si è stabilito, tra l'altro, che sono un'eventualità residuale, che deve comunque essere adeguatamente motivata, il ricorso alle procedure previste dal D.C.A. n. 135/2015 e dalla delibera aziendale n. 214/2016 che riguardano le richieste di beni o servizi esclusivi, infungibili, unici o dedicati. Particolare attenzione è richiesta, quindi, nella fase di valutazione di queste eventuali richieste ai componenti della specifica commissione per la valutazione di tali beni nominata con la delibera n. 214/2016.

La prassi aziendale derivata dalle disposizioni sopra richiamate, dall'esperienza della commissione sopra citata e dalle risultanze delle procedure selettive dei fornitori espletate ha portato alla scelta strategica di indire, comunque, procedure di evidenza pubblica anche nei casi in cui poteva essere plausibile trattarsi di forniture di beni esclusivi o infungibili.

### **Gestione Tecnico Patrimoniale**

Nell'ambito dell'Azienda, come di tutti gli enti sanitari, riveste rilevante importanza l'U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale poiché l'attività che essa svolge (aggiudicazione, esecuzione degli appalti, etc) richiede particolare attenzione nell'adozione degli strumenti di prevenzione per innumerevoli reati corruttivi che nello svolgimento della stessa possono consumarsi.

Il G.O.M. pertanto garantisce:

- la legittimità delle procedure di gara;
- la piena e corretta applicazione del codice dei lavori pubblici;
- il pieno e corretto adempimento delle obbligazioni derivanti dai contratti con le ditte appaltatrici, in particolare prestando la massima attenzione ad effettuare le verifiche e le relative tempestive contestazioni in caso di violazione delle clausole contrattuali;
- adeguato monitoraggio dello stato degli immobili e dei relativi impianti;
- l'effettuazione costante della necessaria manutenzione ordinaria e straordinaria;
- attivazione, in tutti i casi di emergenze, della relativa messa in sicurezza dei locali;
- adeguati controlli nella fase di scelta dei contraenti e di quella di esecuzione degli appalti.

In continuità con il P.I.A.O. 2022/2024, per il prossimo triennio è stata prevista un'ulteriore misura di prevenzione della Corruzione relativamente ai collaudi e ai rispettivi incarichi.

Il collaudo deve avvenire nell'arco temporale previsto dalla normativa vigente in materia oppure nei tempi previsti dal contratto/convenzione stipulato/a con il beneficiario, fatti salvi i documenti necessari allo stesso. Gli eventuali ritardi nella disposizione dei collaudi, e quindi nel decreto di nomina del/i collaudatore/i, possono essere segnalati dal beneficiario al Direttore della U.O.C e al Dirigente del settore.



Il Direttore della U.O.C. ed il Dirigente del settore competente dovranno fornire le motivazioni giustificanti il ritardo entro cinque giorni dalla comunicazione oppure dovranno provvedere all'adempimento tempestivo della disposizione del collaudo con immediata comunicazione delle risultanze del collaudo stesso.

A seguito del collaudo, nel caso in cui lo stesso si concluda positivamente, il Dirigente del settore provvede ad emettere apposito atto di liquidazione delle somme spettanti come da collaudo, previa verifica amministrativa e relativa istruttoria.

La scelta dei collaudatori deve essere improntata al principio di rotazione. La reiterazione in capo allo stesso soggetto della designazione in veste di collaudatore, e quindi la deroga al principio di rotazione, deve essere motivata e comunicata al R.P.C.T.

### **Ampliamento nuovo Ospedale Morelli**

La legge 24 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015) e, in particolare l'articolo 1, comma 317, prevede che siano individuate le iniziative di elevata utilità sociale valutabili nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'I.N.A.I.L. da finanziare, a valere sulle risorse autorizzate nei precedenti piani triennali, con l'impiego di quota parte delle somme detenute dal medesimo Istituto presso la tesoreria centrale dello Stato.

Attualmente il gruppo di progettazione sta elaborando il progetto di fattibilità dell'intervento per addivenire successivamente alla progettazione definitiva. Un volta verificato e validato il progetto, lo stesso sarà inviato all'I.N.A.I.L. per i successivi adempimenti di competenza.

### **Flussi informativi e controllo di gestione**

L'Azienda Ospedaliera deve garantire un resoconto di tutte le attività, siano esse di tipo gestionale amministrativo o sanitario al fine di raffigurare la reale situazione della stessa, con riferimento ai profili succitati onde evitare ipotesi di omissione dati o falsità degli stessi.

Risultano rilevanti a tal fine i monitoraggi rivolti alle prestazioni sanitarie erogate, ambulatoriali e di ricovero, gestione registri farmaci ed alle attività di carattere amministrativo gestionale ed in particolar modo le attestazioni e certificazioni atte a dimostrare il permanere dei requisiti di accreditamento.

I rischi in tale area sono rappresentazione di dati falsi, non veritieri ovvero l'omissione di dati e informazioni che forniscano una percezione della realtà Aziendale diversa da quella reale.

### **Gestione Risorse Economiche e Finanziarie**

Altrettanto importante è il monitoraggio delle attività svolte dall'U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie alla quale confluiscono tutti gli elementi di natura contabile dell'Azienda:

- contabilità generale;

- gestione pagamenti;
- riscossioni;
- bilancio.

In esecuzione all'art. 1, comma 522, della legge di stabilità 2016, il Direttore della U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, dovrà pubblicare il bilancio nell'apposita sezione del sito istituzionale "Amministrazione Trasparente", entro 60 giorni dalla sua approvazione, in forma integrale anche avvalendosi di rappresentazioni grafiche.

I rischi in tale area sono:

- liquidazioni senza controllo;
- pagamenti di prestazioni non svolte;
- ripetizioni indebite di pagamenti;
- mancato rispetto nella cronologia della presentazione delle fatture;
- registrazioni di bilancio non rispondenti ai dati reali;
- frode amministrativo – contabile.

#### **MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO SPECIFICO**

Negli enti sanitari si inserisce un area di rischi specifici che merita un particolare monitoraggio essendo legata alla tutela della salute del cittadino quale bene costituzionalmente protetto.

#### **Settore sanitario**

Area Prestazioni Sanitarie, Area Farmaceutica.

Rientrano in quest'area i seguenti processi:

- prestazioni ambulatoriali;
- ricoveri in elezione;
- ricoveri urgenti;
- decesso in ambito intraospedaliero;
- acquisizione del consenso informato ed il trattamento dei dati personali;
- gestione del fabbisogno di farmaci, dispositivi medici e presidi.

I rischi nel settore sanitario sono:

- cattiva gestione delle liste d'attesa;
- ricoveri impropri;
- cattiva ed impropria gestione di farmaci, dispositivi medici e presidi.

#### **Strutture interessate**

- accettazione; tutte le aree cliniche; Direzione Medica di Presidio; Farmacia.

Il profilo di rischio attiene alla mancata conformità a quanto previsto dalle procedure ed afferisce a tutte le aree cliniche.

### **L'esercizio della libera professione**

Con regolamento aziendale, approvato con delibera n. 65 del 15.2.2018, è disciplinato l'esercizio della libera professione intramoenia al fine di garantire all'utenza l'assistenza di uno specialista di fiducia e che non venga messo in atto un comportamento improprio, esercitando l'attività libero professionale in sostituzione di quella ordinaria.

I sanitari interessati devono garantire l'eguale qualità della prestazione sia che essa venga svolta per l'Ente che per i privati cittadini che vogliono scegliere un professionista di fiducia.

Il rischio specifico:

- elusione della normativa fiscale;
- elevata probabilità di indirizzare l'utenza presso gli studi privati;
- sottrazione della quota percentuale spettante all'Azienda.

### **Sperimentazioni cliniche**

Con regolamento aziendale, approvato con delibera n. 191 del 03.03.2022, è disciplinato l'esercizio delle sperimentazioni cliniche in ambito ospedaliero al fine di garantire che non venga messo in atto un comportamento improprio.

### **Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero**

Il G.O.M. ha da tempo adottato una specifica procedura per la gestione di detto rischio presso i Presidi Ospedalieri Riuniti e Morelli.

In ossequio alla Legge Regionale del 29 novembre 2019, concernente "Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria", il G.O.M. con nota prot. n. 43553 dell'11.12.2019 e prot. n. 26269 del 24.12.2019 del Direttore Medico di Presidio ha delineato le azioni da adottare in caso di decesso all'interno dell'Azienda.

Oltre alla modulistica da compilare a cura della Direzione Medica di Presidio da trasmettere all'Ufficio Stato Civile del Comune interessato e la certificazione medica per il trasporto della salma, ai sensi della vigente normativa in materia, è stata adottata la modulistica necessaria a garantire la correttezza e la trasparenza delle procedure di trasporto della salma.

La richiesta di trasporto contiene dati relativi alla ditta incaricata del trasporto, il mandato all'impresa funebre la sede di destinazione della salma e i dati anagrafici corredati di fotocopia del documento di identità del familiare che la sottoscrive.

### **Gestione dei fabbisogni di farmaci e presidi**

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci, valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto.

Si precisa che, per quanto attiene alla programmazione del fabbisogno farmaceutico, il Direttore della U.O.C. Farmacia partecipa al programma delle acquisizioni delle Stazioni appaltanti di cui alla delibera del Commissario Straordinario n. 701 del 31/10/2022 con cui è stato approvato il Programma triennale delle opere pubbliche 2023/2025, così come indicato nell'art. 1 comma 1 del Decreto Ministeriale 16.1.2018 n. 14, redatto in coerenza alle esigenze del G.O.M., nonché il "Programma biennale degli acquisti di forniture e servizi 2023-2024.

### **PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO**

L'Azienda, con la delibera n. 311 del 28.4.2022, programma le misure sia generali, previste dalla legge n. 190/2012, che specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati. Le misure specifiche sono progettate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio, calibrate sulla base del miglior rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo. Devono essere privilegiate le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità. Particolare favore va rivolto alla predisposizione di misure di digitalizzazione.

Si allegano le tabelle descrittive delle misure individuate dall'Azienda.

**MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO GENERALE**

| AREA                                                                           | OBIETTIVO STRATEGICO                                                                                                                                                               | STRUTTURE INTERESSATE                          | MISURA                                                                                            | AZIONE PROGRAMMATA                                                                                                                                                                                                   | VALORE ATTESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TEMPISTICA                           | MONITORAGGIO                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gestione del contenzioso                                                       | Garantire la trasparenza delle procedure di risarcimento danni ai pazienti danneggiati.                                                                                            | Affari Generali Legali e Assicurativi          | Pubblicazione dati ulteriori in "Amministrazione Trasparente".                                    | Rispetto dell'obbligo della legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli - Bianco) relativa alla pubblicazione dei dati inerenti il risarcimento a pazienti danneggiati.                                                    | Pubblicazione annuale del dato ulteriore.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Annuale                              | RPCT 31/12 di ciascun anno.                                                                           |
|                                                                                | Garantire la trasparenza delle procedure di accesso agli atti.                                                                                                                     | Affari Generali Legali e Assicurativi          | Registro Accesso agli Atti.                                                                       | Pubblicazione di tutte le procedure di accesso agli atti.                                                                                                                                                            | Pubblicazione del 100% delle istanze di accesso di tutte le U.O.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Tempestiva                           | RPCT verifica semestrale.                                                                             |
| Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno | Garantire la massima trasparenza nella definizione dei criteri e dei principi che determinano la graduatoria degli incarichi dirigenziali e la relativa retribuzione di posizione. | Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione | Regolamento per il conferimento e revoca di incarichi Dirigenziali.                               | Presentazione alla Direzione Strategica del Regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali Area Medica e Sanitaria.                                                                                    | 1) Presentazione del Regolamento;<br>2) Report annuale sugli incarichi attribuiti e/o revocati.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 30/9 e 31/12 di ciascun anno         | RPCT 30/09 e 15/01 di ciascun anno.                                                                   |
|                                                                                | Garantire il rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata.                                                                                 | Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione | Controlli sulle autorizzazioni degli incarichi extra-istituzionali.                               | Raccolta e verifica a campione sulle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata fuori dall'orario di servizio. | Numero delle non conformità sulle autorizzazioni / numero totale delle autorizzazioni verificate <10%                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Annuale                              | RPCT 15/01 di ciascun anno.                                                                           |
|                                                                                | Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi.                                                                                                             | Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione | Inserimento nei contratti individuali della clausola di presa visione del divieto di pantouflage. | Inserimento nei contratti individuali della clausola di presa visione del divieto di Pantouflage.                                                                                                                    | Inserimento della clausola nel 100% dei contratti individuali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | All'atto della stesura del contratto | RPCT Verifica semestrale a campione di contratti individuali di lavoro 15/07 e 15/01 di ciascun anno. |
|                                                                                | Garantire l'applicazione delle norme che regolano il Divieto di Pantouflage.                                                                                                       | Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione | Verifica.                                                                                         | Controllo a campione di almeno il 10% del personale cessato di qualifica.                                                                                                                                            | Richiesta all'Agenzia delle Entrate territorialmente competente di verifica se i nominativi estratti abbiano percepito redditi dallo svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati (con riferimento a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale, sia mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato sia mediante l'affidamento di incarico o consulenza). | Annuale                              | 15/01 di ciascun anno                                                                                 |
|                                                                                | Garantire l'applicazione delle norme che regolano l'acquisizione del personale.                                                                                                    | Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione | Gestione dei concorsi e prove selettive                                                           | Personale dirigenziale e di categoria D.                                                                                                                                                                             | Pubblicazione del 100% dei dati relativi all'azione programmata.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tempestiva                           | RPTC 31/12 di ciascun anno.                                                                           |

| AREA                                                  | OBIETTIVO STRATEGICO                                                     | STRUTTURE INTERESSATE                                                                   | MISURA                                         | AZIONE PROGRAMMATA                                                                                                                                                                     | VALORE ATTESO                                                                                                                                                                                                      | TEMPISTICA            | MONITORAGGIO                                                       |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Gestione gare per servizi e forniture                 | Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto   | Provveditorato Economato e Gestione Logistica, Gestione Tecnico Patrimoniale            | Procedura per la rendicontazione del contratto | Verifica dell'applicazione della procedura rispetto alle relazioni presentate al RUP                                                                                                   | Numero delle relazioni stese nel rispetto della procedura/ numero relazioni presentate al RUP = 100%                                                                                                               | Annuale               | RPCT 15/01 di ciascun anno                                         |
|                                                       | Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto   | Provveditorato Economato e Gestione Logistica, Gestione Tecnico Patrimoniale            | Procedura per la rendicontazione del contratto | Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte del DEC                                                                                                 | numero autocertificazioni acquisite/ totale incarichi DEC=100%                                                                                                                                                     | All'atto della nomina | RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno                                 |
|                                                       | Garantire il rispetto della normativa in materia                         | Provveditorato Economato e Gestione Logistica, Gestione Tecnico Patrimoniale            | Controlli sull'esecuzione contrattuale         | Predisposizione di un report riportante il numero delle varianti contrattuali rispetto agli affidamenti in essere e il numero dei subappalti rispetto ai contratti di lavori in essere | Report riportante: Numero varianti contrattuali/ numero affidamenti. Numero dei subappalti/ numero contratti di lavori                                                                                             | Annuale               | RPCT 15/01 di ciascun anno                                         |
| Acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili | Evitare situazioni di potenziali conflitti                               | Commissione per la valutazione delle richieste di prodotti esclusivi e beni infungibili | Manifestazione Pubblica di interesse           | Applicazione della procedura nel caso di richiesta di acquisto di beni esclusivi o infungibili.                                                                                        | Rendicontazione sugli acquisti di beni e servizi infungibili, con indicazione delle tipologie di prodotti/ servizi ed il valore di acquisto, da inviare con cadenza semestrale alla Direzione Strategica e a RPCT. | Semestrale            | RPCT entro 15/07 e 15/01 di ciascun anno                           |
|                                                       | Garantire la trasparenza delle procedure di acquisto di beni infungibili | Commissione per la valutazione delle richieste di prodotti esclusivi e beni infungibili | Regolamento Commissione                        | Redazione Regolamento di funzionamento della Commissione                                                                                                                               | Pubblicazione del Regolamento                                                                                                                                                                                      | 15/07/2021            | RPCT Controllo a campione sulla regolare esecuzione degli acquisti |
| Gestione Tecnico Patrimoniale                         | Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto   | Gestione Tecnico Patrimoniale                                                           | Procedura per la rendicontazione del contratto | Verifica dell'applicazione della procedura rispetto alle relazioni presentate al RUP                                                                                                   | Numero delle relazioni stese nel rispetto della procedura/ numero relazioni presentate al RUP = 100%                                                                                                               | Annuale               | RPCT 15/01 di ciascun anno                                         |
|                                                       | Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto   | Gestione Tecnico Patrimoniale                                                           | Procedura per la rendicontazione del contratto | Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte del DEC                                                                                                 | numero autocertificazioni acquisite/ totale incarichi DEC=100%                                                                                                                                                     | All'atto della nomina | RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno                                 |
|                                                       | Garantire il rispetto della normativa in materia                         | Gestione Tecnico Patrimoniale                                                           | Controlli sull'esecuzione contrattuale         | Predisposizione di un report riportante il numero delle varianti contrattuali rispetto agli affidamenti in essere e il numero dei subappalti rispetto ai contratti di lavori in essere | Report riportante: Numero varianti contrattuali/ numero affidamenti. Numero dei subappalti/ numero contratti di lavori                                                                                             | Annuale               | RPCT 15/01 di ciascun anno                                         |
|                                                       | Assicurare la Terzietà ed indipendenza del RUP                           | Gestione Tecnico Patrimoniale                                                           | Alternanza Ruolo del RUP                       | Relazione sulle modalità di assegnazione del RUP, con evidenza del numero delle procedure assegnate a ciascun Dirigente                                                                | Presentazione della relazione                                                                                                                                                                                      | Annuale               | RPCT 15/01 di ciascun anno                                         |

| AREA                                              | OBIETTIVO STRATEGICO                                                             | STRUTTURE INTERESSATE                                                                                                                          | MISURA                                                     | AZIONE PROGRAMMATA                                                                                                                     | VALORE ATTESO                                                                                                                                                        | TEMPISTICA  | MONITORAGGIO                                         |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------|
| <b>Gestione Tecnico Patrimoniale</b>              | Assicurare il principio della rotazione degli incarichi                          | Gestione Tecnico Patrimoniale                                                                                                                  | Monitoraggio del conferimento degli incarichi di collaudo. | Relazione sulle modalità di assegnazione dell'incarico , con evidenza del numero delle procedure assegnate.                            | Trasmissione del report inerente gli incarichi per collaudi.                                                                                                         | Annuale     | RPCT<br>15/01 di ciascun anno.                       |
| <b>Flussi informativi e controllo di gestione</b> | Garantire la trasparenza nelle procedure organizzative dell'Azienda              | Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.                                                                                                | Piano della Performance                                    | Misurazione della performance                                                                                                          | Pubblicazione della Relazione sulla Performance e il Piano annuale.                                                                                                  | Annuale     | RPCT<br>31/01 di ciascun anno.                       |
| <b>Gestione Risorse Economiche e Finanziarie</b>  | Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari | Gestione Risorse Economiche e Finanziarie                                                                                                      | Gestione dei pagamenti                                     | Tracciabilità dei pagamenti                                                                                                            | Report trimestrale riportante le fatture ricevute con indicazione dei tempi di pagamento.                                                                            | Trimestrale | RPCT<br>15/04, 15/07, 15/10 e 15/01 di ciascun anno. |
|                                                   | Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei crediti aziendali             | Gestione Risorse Economiche e Finanziarie in collaborazione con Programmazione e Controllo di Gestione e Affari Generali Legali e Assicurativi | Gestione dei crediti                                       | Circularizzazione dei rapporti di credito mediante l'impiego di apposito software gestionale.                                          | Elaborazione e invio di apposita nota di circularizzazione del credito, con evidenza, per ciascun creditore, delle singole partite contabili scadute e non riscosse. | Annuale     | RPCT<br>15 gennaio di ciascun anno.                  |
|                                                   | Garantire il rispetto della cronologia nei pagamenti                             | Gestione Risorse Economiche e Finanziarie in collaborazione con i Direttori/Responsabili delle U.O., Responsabili dei processi di liquidazione | Gestione dei debiti                                        | Il pagamento delle posizioni debitorie deve avvenire nel rispetto dell'ordine cronologico di arrivo dei provvedimenti di liquidazione. | Invio del report a RPCT.                                                                                                                                             | Semestrale  | RPCT<br>15 luglio e 15 gennaio di ciascun anno.      |

**Tabella 21 - Monitoraggio Aree Rischio Generale.**

## MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO SPECIFICO

| AREA                                       | OBIETTIVO STRATEGICO                                                                                                                                                      | STRUTTURE INTERESSATE                                                                                                          | MISURA                                                              | AZIONE PROGRAMMATA                                                                                                                                                                                 | VALORE ATTESO                                                                                                                                                                                                                                                       | TEMPISTICA                                                               | MONITORAGGIO                                                                                                 |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Libera professione                         | Controllo sui volumi delle prestazioni rese in attività istituzionale rispetto a quelle rese in regime di attività libero professionale.                                  | Commissione Paritetica, Direzione Medica di Presidio.                                                                          | Aggiornamento Annuale del Piano Aziendale per l'ALPI.               | Aggiornamento annuale del Piano aziendale per l'attività libero professionale.                                                                                                                     | Pubblicazione del Piano aziendale aggiornato sul sito web aziendale.                                                                                                                                                                                                | Annuale                                                                  | RPCT 31/12 di ciascun anno                                                                                   |
|                                            | Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI.                                                                                                            | Direzione Medica di Presidio                                                                                                   | Rispetto del Regolamento ALPI                                       | Monitoraggio del rispetto della fascia oraria dedicata all'ALPI mediante controlli a campione dei medici autorizzati in LP ambulatoriale intramoenia.                                              | Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione.                                                                                                                                             | semestrale                                                               | RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno                                                                           |
|                                            | Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI.                                                                                                            | Direzione Medica di Presidio, U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione                                            |                                                                     | Monitoraggio del rispetto della fascia oraria mediante controlli a campione degli inserimenti delle prestazioni e dei pagamenti effettuati da parte degli aventi diritto.                          | Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione.                                                                                                                                             | semestrale                                                               | RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno                                                                           |
|                                            | Evitare favoritismi che eludano le liste d'attesa delle prestazioni di ricovero istituzionale, attraverso la trasparenza delle liste d'attesa.                            | Direzione Medica del Presidio                                                                                                  | Informatizzazione delle agende di prenotazione.                     | Sistema di controllo e gestione informatizzata delle liste d'attesa.                                                                                                                               | Report delle liste con indicazione del numero delle chiamate fuori programmazione.                                                                                                                                                                                  | Annuale                                                                  | RPCT 15/01 di ciascun anno                                                                                   |
| Sperimentazioni cliniche                   | Far fronte ad eventuali rischi di maladministration nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di sponsorizzazione ed evitare potenziali conflitti di interesse. | Comitato Etico, tutte le aree cliniche, Farmacia, Direzione Medica di Presidio, Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione | Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni. | Rispetto dei regolamenti in materia di sponsorizzazione nel caso di richiesta di sostegno economico da parte di soggetti terzi per la realizzazione di progetti istituzionali/ attività formative. | Numero di sponsorizzazioni attivate nel rispetto del regolamento / totale delle sponsorizzazioni.                                                                                                                                                                   | All'atto della richiesta                                                 | RPCT Verifica annuale e a campione su sponsorizzazioni attivate da ciascuna struttura 15/01 di ciascun anno. |
|                                            | Far fronte ad eventuali rischi di maladministration nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di ricerca.                                                       | Comitato Etico                                                                                                                 | Scheda per la sostenibilità del budget.                             | Utilizzo della scheda di budget per la verifica della sostenibilità economica delle sperimentazioni commerciali.                                                                                   | numero di schede di budget completate / totale delle sperimentazioni commerciali autorizzate = 100%                                                                                                                                                                 | Al momento della negoziazione del contratto con il promotore commerciale | RPCT Verifica annuale e a campione su sponsorizzazioni attivate da ciascuna struttura 15/01 di ciascun anno  |
| Gestione del decesso in ambito ospedaliero | Prevenire il rischio di conflitto di interessi, favoritismi e abusi nei processi dell'area tanatologica.                                                                  | Direzione Medica di Presidio                                                                                                   | Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero.        | Monitoraggio sull'attività degli operatori del tanatologico.                                                                                                                                       | Report annuale circa gli incarichi affidati dai parenti alle pompe funebri e segnalazione e denunce presentate alla Direzione Medica di Presidio da parte dei cittadini per pressioni ricevute da parte degli operatori in ordine alla scelta del servizio funebre. | Annuale                                                                  | RPCT 15/01 di ciascun anno                                                                                   |

Tabella 22 - Monitoraggio Aree Rischio Specifico.



## **PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA**

Il Programma Triennale per la Trasparenza, valido per il triennio 2024-2026, è stato adottato dal G.O.M. ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013 e D. Lgs. n. 97/2016 e costituisce una sezione all'interno del P.I.A.O. alla quale si rimanda.

Il G.O.M., al fine della realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino, ha individuato in materia di trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- a. assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;
- b. garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, in tal modo rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti;
- c. garantire all'utenza il diritto di accesso in tutte le sue forme assicurando tutti gli strumenti, anche informatizzati necessari e il rispetto dei tempi delle procedure.

Gli obiettivi del Programma sono stati formulati anche in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione, definita nella sezione 2.2 "Performance" del presente Piano.

L'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 e pubblicazione dei report nelle tempistiche previste, viene inserito quale obiettivo di performance individuale nelle schede di budget.

L'attività del G.O.M. in tema di trasparenza consiste principalmente nella gestione all'interno del sito Internet istituzionale della sezione "Amministrazione Trasparente", completa di tutte le relative sottosezioni, secondo le normative legislative regolamentari vigenti (D. Lgs. n. 33/2013, modificato dal n. 97/2016).

La sezione denominata "Amministrazione Trasparente" del G.O.M. accessibile dal link <https://www.gomrc.it/doc/amministrazione-trasparente/> è costantemente implementata ed aggiornata.

L'Azienda ha nominato un Referente Aziendale per il settore Sanitario e Amministrativo che provvede, giusta trasmissione dei dati forniti dalle varie strutture, alla pubblicazione dei dati sulla sezione dedicata "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale.

Il R.P.C.T., nell'ambito specifico della trasparenza, ha il compito di:

- provvedere alle misurazioni di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;

- controllare l'adempimento da parte dell'Ente degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnalare all'A.N.A.C. i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità;
- controllare ed assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato.

Il R.P.C.T. effettua il monitoraggio interno rispettando le scadenze indicate nelle linee guida, di norma ogni tre mesi, con particolare riguardo alla necessità che il materiale pubblicato sul sito web aziendale venga costantemente aggiornato e provvede alla segnalazione degli eventuali inadempimenti ai referenti delle UU.OO.CC., affinché provvedano secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo n. 33 del 2013 All. A, come modificato dal D. Lgs. n. 97/2013 e dalle Linee Guida A.N.A.C.

Nei casi più gravi e in relazione alla loro gravità, il R.P.C.T. segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di trasparenza all'ufficio per i procedimenti disciplinari (U.P.D.), nonché al Direttore Generale e all'O.I.V., ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (art. 43 D. Lgs. n. 33/2013). La legge prevede importanti sanzioni in caso di violazione degli obblighi di trasparenza. L'inadempimento può comportare responsabilità disciplinare, dirigenziale e amministrativa (artt. 15 e 46 del D. Lgs. n. 33/2013), nonché l'applicazione di sanzioni amministrative (art. 47 D. Lgs. n. 33/2013). Le sanzioni riguardano i soggetti che sono tenuti a contribuire agli adempimenti previsti dal D.Lgs n. 33/2013 e, quindi, non solo il R.P.C.T. per le sue attribuzioni specifiche, ma anche i Responsabili che debbono fornire i dati necessari alla pubblicazione.

In alcuni casi la pubblicazione dei provvedimenti adottati dall'Azienda costituisce condizione legale di efficacia dei provvedimenti stessi e la sua mancanza, incompletezza o ritardo, oltre a comportare responsabilità disciplinare in carico al Dirigente resosi colpevole dell'inadempimento, comporta il pagamento di una sanzione pari alla somma indebitamente erogata e, ove ricorrano i presupposti di cui all'art. 30 del D. Lgs. n. 104/2010, il risarcimento del danno del destinatario (art. 15, comma 3, ed art. 26, comma 3, del D. Lgs. n. 33/2013).

## **ACCESSO AGLI ATTI - TIPOLOGIE**

### **Accesso ex Legge n. 241/90**

L'accesso agli atti, di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 prevede che il richiedente deve dimostrare di essere titolare di "un interesse diretto concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso".

Tale diritto si caratterizza come strumento di tutela individuale di situazioni soggettive e non come strumento di controllo sociale dell'operato della pubblica amministrazione.

Eventuali segnalazioni in ordine a disfunzioni del procedimento di accesso agli atti, dunque, non devono essere trasmesse all'A.N.A.C., che non ha competenze in materia, ma ai soggetti specificamente indicati nella legge n. 241/1990, art. 25.

L'accesso documentale deve essere tenuto distinto dall'accesso civico ex D. Lgs. n. 33/2013 (art. 5) e dall'accesso generalizzato ex D. Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016 (art. 5, co. 2).

### **Accesso civico "Semplice" ex D. Lgs. n. 33/2013, art. 5**

Tra le novità introdotte dal Decreto Legislativo n. 33/2013 una delle principali riguarda l'istituto dell'accesso civico (art. 5). L'accesso civico è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni, i dati che le pubbliche amministrazioni abbiano omesso di pubblicare pur avendone l'obbligo.

Il legislatore riconosce a chiunque la facoltà di vigilare, attraverso il sito web istituzionale il rispetto da parte della pubblica amministrazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni.

Per l'esercizio di tale diritto il G.O.M. ha predisposto apposita modulistica che pubblicherà sul sito: Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Accesso Civico; la richiesta non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, ed è gratuita.

### **Accesso civico generalizzato ex D. Lgs. 33/2013 , come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, art. 5, c. 2.**

Il D. Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 97/2016, ha introdotto un'ulteriore tipologia di accesso: il cd. accesso civico generalizzato (Freedom of Information Act – F.O.I.A.) delineato nell'art. 5, comma 2 e disciplinato dalle Linee Guida dell'A.N.A.C. con delibera n. 1309 del

28/12/2016” Linee Guida recanti indicazioni operative ai fine della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5, c. 2 del D. Lgs. n. 33/2013”.

Tale tipologia si aggiunge all’accesso civico già disciplinato dal medesimo decreto e all’accesso agli atti ex L. 241/1990, ed è volto a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche e a promuovere la partecipazione al dibattito pubblico. Infatti, tale istituto prevede il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto ai quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall’art. 5 bis.

Esso prescinde dall’obbligo di pubblicazione dei documenti, in attuazione del principio di trasparenza. Infatti l’art. 1, c. 1 del decreto, definisce l’accesso generalizzato strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all’attività amministrativa.

L’Azienda, a far data dal 2016, ha istituito, come previsto dalla delibera A.N.A.C. n. 1309/2016, il registro delle richieste di accesso presentate all’Azienda (accesso civico e accesso civico generalizzato), che viene aggiornato con cadenza semestrale. Il registro delle richieste di accesso deve contenere: l’indicazione dell’oggetto, la data dell’istanza, il relativo esito e la data della decisione, come indicato nelle linee guida A.N.A.C. adottate con la delibera sopracitata.

Il registro è pubblicato, oscurando i dati personali eventualmente presenti, nella sezione Amministrazione trasparente - “altri – contenuti - accesso civico” del sito web istituzionale. Oltre ad essere funzionale per il monitoraggio che l’Autorità intende svolgere sull’accesso generalizzato, la pubblicazione del cd. registro degli accessi risulta utile per l’Azienda che in questo modo rende noto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l’accesso in una logica di semplificazione delle attività.

La ratio sottesa al suddetto registro esplicitata dalla stessa Autorità, è quella di realizzare un monitoraggio sulle decisioni delle amministrazioni relative alle richieste di accesso civico e accesso civico generalizzato, non condizionate dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, nonché allo scopo di rendere noto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l’accesso in una logica di semplificazione delle attività.

In quest’ottica, pertanto, non possono trovare spazio all’interno del suddetto registro le istanze di accesso documentale ex artt. 22 e ss. della L. 241/90 che subordinano la conoscibilità degli atti detenuti dall’Amministrazione alla sussistenza di una posizione giuridica legittimante,

corrispondente ad un interesse diretto, concreto ed attuale collegato al documento di cui si richiede l'accesso. Il carattere soggettivo delle motivazioni poste a supporto di dette istanze costituisce un fattore determinante ai fini del loro accoglimento e, di conseguenza, vanificherebbe quelle esigenze di semplificazione perseguite attraverso la pubblicazione nel registro degli accessi di richieste aventi ad oggetto documenti generalmente conoscibili.

Il sito web <http://www.gomrc.it> rappresenta per l'Azienda il principale e più immediato strumento di comunicazione con il mondo dei cittadini e degli utenti, pertanto sarà il luogo preferenziale della comunicazione tra il cittadino e amministrazione.

Nella sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti, è attivo, allo scopo, l'indirizzo di posta elettronica: "[trasparenza@ospedaler.it](mailto:trasparenza@ospedaler.it)" ed [anticorruzione@ospedaler.it](mailto:anticorruzione@ospedaler.it).

### **Trasparenza e tutela dei dati personali**

La Corte Costituzionale, chiamata ad esprimersi sul tema del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha riconosciuto che entrambi i diritti sono «contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato. Ritiene la Corte che, se da una parte il diritto alla riservatezza dei dati personali, quale manifestazione del diritto fondamentale all'intangibilità della sfera privata, attiene alla tutela della vita degli individui nei suoi molteplici aspetti e trova sia riferimenti nella Costituzione italiana (artt. 2, 14, 15 Cost.), sia specifica protezione nelle varie norme europee e convenzionali, dall'altra parte, con eguale rilievo, si incontrano i principi di pubblicità e trasparenza, riferiti non solo, quale corollario del principio democratico (art. 1 Cost.) a tutti gli aspetti rilevanti della vita pubblica e istituzionale, ma anche, ai sensi dell'art. 97 Cost., al buon funzionamento dell'amministrazione e ai dati che essa possiede e controlla. Principi che, nella legislazione interna, si manifestano nella loro declinazione soggettiva, nella forma di un diritto dei cittadini ad accedere ai dati in possesso della pubblica amministrazione, come stabilito dall'art. 1, co. 1, del D. Lgs. n. 33/2013.

Il bilanciamento tra i due diritti è, quindi, necessario, come lo stesso considerando n. 4 del Regolamento (UE) 2016/679 indica, prevedendo che «Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità.

In particolare, nella richiamata sentenza, 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 applicazione 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».

L'art. 3 Cost., integrato dai principi di derivazione europea, sancisce l'obbligo, per la legislazione nazionale, di rispettare i criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali, pur al cospetto dell'esigenza di garantire, fino al punto tollerabile, la pubblicità dei dati in possesso della pubblica amministrazione.

Pertanto, al principio di trasparenza, nonostante non trovi espressa previsione nella Costituzione, si riconosce rilevanza costituzionale, in quanto fondamento di diritti, libertà e principi costituzionalmente garantiti (artt. 1 e 97 Cost.). Il quadro delle regole in materia di protezione dei dati personali si è consolidato con l'applicazione, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito R.G.P.D.) e, il 19 settembre 2018, del D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali – D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679. Occorre evidenziare che l'art. 2-ter del D. Lgs. n. 196 del 2003, introdotto dal D. Lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento». Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1 sopracitato». Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, D. Lgs. 33/2013), occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.

Lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione. Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di 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. In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d). Il medesimo D. Lgs. n. 33/2013 all'art. 7-bis, co. 4, dispone inoltre che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione». In generale, in relazione alle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la

protezione dei dati personali. Si ricorda inoltre che, ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD (cfr. Art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679 Parte IV, § 7. "I rapporti del R.P.C.T. con altri organi dell'amministrazione e con A.N.A.C.") svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del Regolamento (UE) 2016/679).

Il R.P.D., svolge i compiti previsti dall'art. 39 del Regolamento (UE), in un contesto organizzativo e procedimentale assai complesso, qual è quello aziendale, dove il trattamento dei dati riguarda un volume consistente di dati, relativi alla salute ed anche genetici, ma anche effettuati nell'ambito della didattica, della ricerca e degli studi clinici.

Il R.P.D. supporta il titolare nei molteplici adempimenti imposti dal Regolamento UE 2016/679, fornisce consulenza su assunzioni di decisioni del Titolare del Trattamento che impattano sulla protezione dei dati e gestisce il riscontro agli interessati nei casi di esercizio dei diritti.

### **Attività di monitoraggio 2023**

Nel corso del 2023 il R.P.C.T., che ha l'obbligo di monitorare lo stato di attuazione degli adempimenti contenuti nel D. Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. n. 97 del 25.5.2016, e dalle Linee Guida dell'A.N.A.C. n. 1310/2016, ha svolto trimestralmente, su tutte le sezioni dell'Amministrazione Trasparente, l'attività di controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza sul sito aziendale Amministrazione Trasparente, da parte dei responsabili degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, sollecitando le Unità Operative interessate (vie brevi/mail), anche con l'invio di un report, a verificare quanto indicato e a provvedere, secondo i suggerimenti inseriti, alla puntuale pubblicazione, richiamando alla completezza, alla chiarezza e all'aggiornamento delle informazioni pubblicate, in un'ottica di costante implementazione e adeguamento del sito aziendale "Amministrazione Trasparente".

Le risultanze dei monitoraggi effettuati hanno evidenziato che il livello di adempimento, nel 2023, nei modi e nei tempi previsti dalla normativa di riferimento e dalle linee e guida è stato, in generale, buono presentando solo alcuni ritardi, in particolare da parte dei Responsabili dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione delle sezioni per le quali non sono previsti automatismi, nell'aggiornare e/o implementare manualmente i dati con cadenza annuale e/o con struttura tabellare, dovute a problemi di tipo organizzativo e ai mutamenti normativi di settore che hanno determinato un rallentamento delle attività di implementazione di tali sezioni dell'Albero della Trasparenza.

Nel corso dell'anno 2023, l'O.I.V. ha chiesto di essere informato circa lo stato di attuazione della sezione del sito web aziendale "Amministrazione Trasparente". La Responsabile della Trasparenza ha quindi, puntualmente, illustrato ai componenti dell'O.I.V. le attività di revisione e aggiornamento dell'Albero della Trasparenza.

L'O.I.V., ha, inoltre, verificato, anche per l'anno 2023, l'assenza di filtri tecnici tali da impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione Amministrazione trasparente.

Le attività di ricognizione e controllo sul processo di attuazione del Programma per la trasparenza e l'integrità sono svolte annualmente dall'O.I.V., sia attraverso la funzione di misurazione della performance (monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità, redazione della Relazione annuale sullo stato del medesimo), sia mediante l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza.



L'O.I.V., in data 07.12.2023, ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del D. Lgs. n. 150/2009 e delle delibere A.N.A.C n. 1310/2016 e n. n. 201/2022, ha effettuato presso il G.O.M. la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, di cui all'All. A – Griglia di rilevazione rilasciando poi, in pari data, il documento di attestazione sulla veridicità ed attendibilità di quanto riportato nella scheda di monitoraggio, rispetto a quanto pubblicato sul sito web dell'amministrazione.

Gli esiti e l'attestazione dell'O.I.V. sono consultabili e scaricabili nella home page aziendale "Amministrazione Trasparente" – sezione Controlli e Rilievi sull'Amministrazione – sottosezione Attestazioni dell'O.I.V. o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

## **SANZIONI**

L'attuazione di quanto previsto nella presente sezione costituisce elemento di valutazione ai fini della performance dei Dirigenti, e comporta l'irrogazione di sanzioni, anche pecuniarie, oltre a responsabilità disciplinare ed amministrativa.

## **DISPOSIZIONE FINALE**

La presente sezione, redatta in data 24/01/2024 dal R.P.C.T. Avv. Anna Curatolo, e approvata con delibera del Commissario Straordinario n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, è immediatamente eseguibile e sarà oggetto di modifiche ed integrazioni che seguiranno l'evoluzione normativa in materia e le modifiche che il nuovo Piano Aziendale apporterà all'organizzazione del G.O.M, in ossequio alle linee guida della Regione Calabria.

## **Comunicazioni**

Eventuali segnalazioni e/o comunicazioni potranno essere inviate ai seguenti indirizzi mail:  
anticorruzione@ospedalerc.it  
trasparenza@ospedalerc.it

Le comunicazioni trasmesse agli indirizzi anticorruzione e trasparenza sono visibili solo dal R.P.C.T. Avv. Anna Curatolo.

### **ALLEGATI AL P.I.A.O. 2024/2026 SEZIONE 2.3**

1. COMUNICAZIONE CONFLITTO D'INTERESSE;
2. MODELLO MONITORAGGIO ELENCO DEI DIPENDENTI PER I QUALI E' PREVISTA LA DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI;
3. DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA' RELATIVE AD INCARICHI DIRIGENZIALI, INTERNI ED ESTERNI (NON DI VERTICE);
4. DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA' RELATIVE AD INCARICHI DIRIGENZIALI, INTERNI ED ESTERNI (Organi di Indirizzo Politico);
5. MOD. MONITORAGGIO ELENCO INCARICHI CONFERITI PER COLLAUDI;
6. MOD. ATTUAZIONE MISURA DIVIETO DI PANTOUFLAGE;
7. MOD. REPORT MONITORAGGIO SULL'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA;
8. DOCUMENTO DI ATTESTAZIONE O.I.V.;
9. OBIETTIVI DI BUDGET ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA;
10. PROGRAMMA DELLE ATTIVITA' 2024 – COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE.