SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

Grande Ospedale Metropolitano
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria

REGIONE CALABRIA

PIANO TRIENNALE 2021/2023 PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

PIANO TRIENNALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2021-2023

INDICE GENERALE

1. **Introduzione**
   - 1.1 PTPCT e Pandemia CoVID 19
2. **Strategia Generale Anticorruzione e Obiettivi del Piano**
   - 2.1 del GOM
   - 2.2 Elementi Specifici ed ulteriori imposti dall'emergenza COVID
3. **Analisi del contesto**
   - 3.1 Analisi del contesto esterno
     - 3.1.1 Criminalità e sicurezza
     - 3.1.2 Protocollo di legalità
   - 3.2 Analisi del contesto interno
4. **Normativa di riferimento**
   - 4.1 PNA 2019
   - 4.2 Organi di riferimento nazionale
   - 4.3 Organi di riferimento della P.A
5. **Concetto di corruzione**
   - 5.1 Ambito della prevenzione e reati da prevenire
   - 5.2 Conflitto di interessi
   - 5.3 Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi
   - 5.4 Codice di comportamento
6. **Soggetti ruoli e responsabilità**
   - 6.1 Il Direttore Generale
   - 6.2 Il Responsabile della Prevenzione e Corruzione
   - 6.3 Collegio dei Revisori
   - 6.4 L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)
   - 6.5 Collaboratori dell'RPCT
   - 6.6 Gruppo di supporto – attività
   - 6.7 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (R.A.S.A.)
   - 6.8 La relazione annuale dei collaboratori dell'RPCT
   - 6.9 Referenti interni alle UU.OO.CC.
   - 6.10 Dipendenti dell'Azienda
7. **Responsabile Prevenzione della Corruzione – Funzioni e Compiti**
   - 7.1 Poteri dell'RPC
   - 7.2 Informazione da e verso il Responsabile della Prevenzione della Corruzione
   - 7.3 L'Obbligo di informazione al RPCT
   - 7.4 Ufficio Procedimenti Disciplinari
8. **Strumenti di Prevenzione**
   - 8.1 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti
   - 8.2 Formazione dei dipendenti
   - 8.3 Rotazione degli incarichi nelle aree a rischio corruzione
     - 8.3.1 Rotazione Ordinaria
     - 8.3.2 Rotazione Straordinaria
   - 8.4 PTPC – Oggetto e Finalità del Piano
9. **Mappatura dei Rischi – Individuazione dei processi**

10. Monitoraggio - Aree di rischio Generale
- 10.1 Affari Generali e Contenzioso
- 10.2 Gestione e trattamento giuridico del personale interno ed esterno
- 10.3 Gestione Gare, servizi e forniture – l'acquisto di beni, logistica
- 10.4 Acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili
- 10.5 Gestione Tecnico e Patrimonio
- 10.6 Flussi informativi e controllo di gestione
- 10.7 Gestione Risorse Economiche e Finanziarie

11. Aree di rischio specifico
- 11.1 Settore Sanitario
- 11.2 L'esercizio della Libera Professione
- 11.3 Sperimentazione clinica
- 11.4 Procedura per la gestione del Decesso in ambito ospedaliero
- 11.5 Gestione dei fabbisogni di farmaci e presidi

12. Il Piano della Performance : collegamento con il Piano di Anticorruzione e Trasparenza

13. Il Whistleblowing – Tutela del dipendente che segnala illeciti – Legge n. 170 del 30/11/2017
- 13.1 Segnalazioni Anonime
- 13.2 Segnalazioni spontanee

14. Programmazione attività del RPC – 2021

15. Sanzioni

16. Dichiarazione Pubblica di interessi – Modulistica PNA 2016

17. Definizione di Trasparenza
- 17.1 Finalità – Obiettivi
- 17.2 Procedimento di elaborazione
- 17.3 Adozione del programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità
- 17.4 Responsabile per la Trasparenza e Integrità – Attività
- 17.5 Attività in programmazione
- 17.6 Soggetti
- 17.7 Dati da pubblicare
- 17.8 Durata della Pubblicazione
- 17.9 Requisiti dei dati pubblicati
- 17.10 Attuazione del programma

18. Monitoraggio Interno
- 18.1 Monitoraggio dell'O.I.V.
- 18.2 Stakeholders

19. Accesso agli atti – Tipologie
- 19.1 Accesso ex Legge 241/90
- 19.2 Accesso Civico "Semplice" ex D.Lgs 33/2013, art. 5
- 19.3 Accesso Civico Generalizzato ex D. Lgs. 33/2013 modificato D.Lgs 97/2016 art. 5 c.2 – FOIA

20. La Giornata della Trasparenza

21. Obblighi di Aggiornamento

22. Legge di Stabilità 2016

23. Flusso Informativo

24. Dati Ulteriori

25. Sistemi Informativi e Informatici per l'Archiviazione e la Trasmissione dei dati.
- 25.1 Sistemi per la rilevazione quantitativa e qualitativa degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"

26. Sanzioni

27. Disposizione Finale

1. INTRODUZIONE

Il presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito PTPCT) è adottato ai sensi del comma 8 dell'art. 1 della Legge 190/2012 e rappresenta l'aggiornamento del precedente PTPCT, approvato con delibera n. 117/2020 .

Per l'anno 2021 l'ANAC ha differito al 31 marzo il termine ultimo per l'adozione del Piano, che la L. 190/2012 fissa al 31 gennaio di ogni anno, in considerazione delle difficoltà che anche il lavoro della Pubblica Amministrazione affronta a causa dell'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da Coronavirus SARS- CoV -2 (Malattia Covid-19).

Il presente Piano è stato elaborato a cura del Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT), Avv. Anna Curatolo , Coordinatore dell'Avvocatura Aziendale, come ogni anno, il Piano è aggiornato con il recepimento di alcuni elementi di rilievo delineatisi nell'anno precedente:

Gli aggiornamenti ai Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) e le prescrizioni, le raccomandazioni, le linee guida e i documenti emanati dall'autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC);

L'aggiornamento delle misure aziendali per la prevenzione della corruzione, delle misure per la trasparenza; le verifiche dello stato d'attuazione "a scorrimento" delle misure pregresse;

Il PTPCT è, da sempre, un documento 'dinamico' ed aperto ad aggiornamenti e sviluppi. I contenuti del presente Piano potranno perciò essere aggiornati e progressivamente rivisti, oltre che a fronte di mutamenti organizzativi o emergenti necessità, anche sulla base dell'esperienza e del monitoraggio, al fine di realizzare interventi organizzativi di prevenzione e contrasto alla corruzione e all'illegalità sempre realmente rispondenti alle esigenze aziendali.

Le risultanze delle attività svolte dal RPCT nel 2020 .

1.1 PTPCT e Pandemia Covid - 19

Il PTPCT non può non tenere conto degli effetti sul quadro normativo e regolamentare nazionale e sull'attività aziendale prodotti dallo sforzo per la lotta alla pandemia da COVID-19, evento che ha condizionato l'intero anno 2020 e che, presumibilmente, condizionerà in gran parte anche il 2021.

In questo momento storico, la lotta alla pandemia da COVID-19 può dare luogo a imprevedibili sviluppi nella normativa nazionale e regionale e può imporre all'Azienda subitanei rivolgimenti nella propria organizzazione, rendendo necessari anche aggiornamenti delle azioni e delle misure anticorruzione.

L'insorgere dell'emergenza COVID-19, già dalla fine di febbraio 2020, ha condizionato pesantemente le attività delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere ed ha imposto una modifica delle modalità di erogazione dei servizi coinvolgendo tutto l'assetto aziendale, toccando trasversalmente ogni area strategica e rendendo necessaria un'importante riorganizzazione delle attività assistenziali, amministrative e tecniche.

A seguito dell'emergenza epidemiologica da CoViD-19, il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi - Melacrino - Morelli" di Reggio Calabria, ha intrapreso una serie di attività inerenti

l'individuazione e l'organizzazione delle strutture e dei servizi specifici, la predisposizione di PDTA/ procedure/percorsi per la sicurezza dei pazienti e degli operatori, la formazione del personale, l'approvvigionamento e l'utilizzo dei DPI, secondo le indicazioni e le linee guida emanate da Società Scientifiche, norme ministeriali e disposizioni regionali.

Il tutto è confluito nella pubblicazione l'Emergenza COVID-19: Modello di gestione Grande Ospedale Metropolitano"Bianchi Melacrino Morelli" pubblicato anche sul portale dell'Osservatorio Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità.

Durante tutto il periodo dell'epidemia, fin dall'emanazione dei primi atti di limitazione delle attività e dei movimenti da parte delle autorità regionali e statali, le attività del G.O.M. sono proseguite adeguando le modalità operative alle ordinanze delle autorità competenti.

L'impatto sull'Azienda sul piano organizzativo, gestionale, dell'impiego delle risorse e su quello delle modalità di lavoro, è descritto nell'ambito del Piano Triennale per la performance 2021-23, aggiornamento 2021; se ne richiamano qui alcuni degli elementi di maggior rilievo:

- la necessità di far fronte a ripetute impennate nella domanda di ricoveri intensivi predisponendo un piano di riorganizzazione utile all'implementazione dei posti letto con maggiore attenzione ai posti di Terapia intensiva utilizzando strutture già esistenti che si prestavano all'adattamento in tempi ragionevolmente rapidi (potenziamento di n. 38 posti letto presso il blocco operatorio, n. 8 presso la U.O.S.D. di Terapia Cardiochirurgica ;

- l'organizzazione di specifiche aree e reparti per la cura del COVID con redistribuzione di personale in tali aree, diverse da quelle di assegnazione e di ordinario impiego;

- la necessità di continuare comunque ad assicurare, con una nuova definizione delle priorità, le attività assistenziali ordinarie e quelle di supporto, adeguando ogni settore di lavoro alle prescrizioni regionali e nazionali per la prevenzione dal contagio;

- il contributo alla ricerca scientifica per la lotta alla pandemia da parte di singoli, di strutture operative o di équipes multidisciplinari;

- l'avvio di procedimenti urgentissimi per l'affidamento di lavori e forniture collegati all'emergenza pandemica, ivi compresi il rifacimento del 4° piano edificio E del P.O. Riuniti da destinare a terapia intensiva (n. 20 posti letto di Terapia Intensiva) rifacimento 1° e 2° piano edificio E del P.O. Riuniti dedicati alle U.O.C. di pneumologia e Malattie Infettive (n. 27 posti letto di Terapia Sub Intensiva) Rifacimento del Pronto Soccorso COVID al piano seminterrato dell'edificio E del P.O. Riuniti;

- il coinvolgimento, fino dal primo avvio nel dicembre 2020, nell'attuazione del piano vaccinale nazionale, con un rilevante impegno in termini di risorse professionali, organizzative e materiali;

- la ridefinizione di moltissime procedure e protocolli sottoposti a continuo aggiornamento e revisione;

- l'erogazione della formazione da remoto;

- l'attivazione del lavoro agile o 'smartworking' per la maggior parte degli operatori non sanitari;

- la necessità di assumere, in tempi sovente ristretti, figure professionali, a tempo determinato.

Le attività di controllo a livello di struttura e a livello trasversale sono proseguite, in modo riorganizzato per far fronte alle limitazioni nei contatti diretti tra operatori dovute allo smartworking.

La continua revisione e aggiornamento di procedure e protocolli, nonostante le condizioni di urgenza nelle quali si svolge, rappresenta un elemento di rafforzamento del l'impianto dei controlli non episodico, ma strutturale.

Alcune delle 'novità' sistemiche sopra descritte necessitano di essere approfondite anche sul piano degli aspetti di prevenzione dell'illegalità e della 'cattiva amministrazione', in particolare:

- semplificazione delle procedure di affidamento di appalti e contratti

- ricevimento di donazioni liberali da privati

- gestione dei vaccini per il COVID: prevenzione di episodi di favoritismo, sottrazione o dispersione

- Smart Working: transizione dall'emergenza ad una modalità organizzativa stabilmente regolata

Le suddette 'novità' possono configurare nuovi ileciti durante e dopo l'emergenza e devono essere considerati come rischi ipotetici :

Illecito acquisto di beni/opere/servizi;

Sottrazione di materiali e dispositivi

Indebita gestione dei posti in terapia intensiva

Indebita gestione delle donazioni

Illecito vantaggio di un'impresa funebre

Sperimentazione e ricerca

2. STRATEGIA GENERALE ANTICORRUZIONE E OBIETTIVI DEL PIANO

2.1 Linee della strategia generale 'anticorruzione' del GOM

I rivolgimenti causati dall'emergenza COVID non hanno comunque causato lo 'stravolgimento' degli elementi essenziali della strategia aziendale per la prevenzione della corruzione e la promozione della legalità e della trasparenza, che continuano ad essere fondati sui seguenti aspetti, tracciati anche dai precedenti PTPCT e messi progressivamente a punto sulla base
dell'esperienza:

- evoluzione del sistema dei controlli interni
- lettura dell'organizzazione attraverso l'analisi di processo (catalogazione dei processi) ;
- continuità tra gli obiettivi di programmazione strategico gestionale (Piano performance, Budget, Documenti di Pianificazione aziendali) e il PTPCT;
- raccordo tra gli attori del sistema (Direzione, RPCT, dirigenti) per lo sviluppo di forme interne di controllo diffuso, condivisione di informazioni e sensibilizzazione del contesto, a partire dal personale;
- perfezionamento e manutenzione del disegno dei controlli attraverso l'aggiornamento delle fonti prescrittive interne(Regolamenti, Procedure) in coerenza con i processi di accreditamento e con le iniziative di certificazione esterna della qualità di attività e processi;
- analisi dei rischi di legalità di processi e attività secondo metodi 'qualitativi' (in conformità con le indicazioni del PNA2019) condivisi tra il RPCT, la Direzione ed il Collegio Sindacale;
- monitoraggio continuo dei dati e dei risultati, preferibilmente attraverso l'incontro e la consultazione diretta tra attori;
- diffusione dei valori etici e del 'senso di appartenenza' all'organizzazione, anche attraverso l'adozione di patti di integrità e iniziative di comunicazione interna;
- sviluppo della cultura della trasparenza;
- utilizzo della formazione come strumento primario per la condivisione delle strategie predette e degli obiettivi del PTPCT.

2.2 Elementi specifici ed ulteriori imposti dall'emergenza COVID

- l'esigenza di alzare il livello di attenzione sulle attività di controllo interno, per far sì che, come raccomandato a più riprese nel corso del 2020 dall'ANAC, le circostanze straordinarie della lotta alla pandemia non creino ulteriori occasioni di illegalità, cattiva amministrazione o corruzione'.

- un maggior coordinamento tra RPCT e funzioni di controllo interno di natura sanitaria, es. il Rischio Clinico, per individuare strumenti atti a prevenire abusi e illegalità nella gestione dell'emergenza pandemica, con particolare riferimento alla fase della vaccinazione.

3. ANALISI DEL CONTESTO

3.1 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 GOM nell'ambito economico – produttivo regionale e il ruolo che esso gioca nella sanità.

3.1.1 Criminalità e sicurezza

Il territorio nel quale opera il Grande Ospedale Metropolitano comprende un area geografica di 3.183 Kmq, interessa 97 comuni ed un bacino di utenza di circa 526994 abitanti essendo l'unico ospedale hub per la città metropolitana di Reggio Calabria .

Il settore economico di riferimento è quello sanitario, in particolare le attività del servizio pubblico, attraverso l'espletamento dei servizi.

I dati, esaminati dalla Commissione Parlamentare di Inchiesta della Camera dei Deputati del Senato della Repubblica, descrivono la sanità Calabrese come il buco nero della Calabria.

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 (GIP/GUP Reggio Calabria, n. 1272/07 R.G.N.R.DDA), al fine di manipolare i flussi di spesa pubblica e la gestione amministrativa, in cambio della sponsorizzazione del candidato prescelto in occasione delle elezioni.

A partire già dal 1987 il Presidente della Repubblica stabiliva lo scioglimento di alcune Aziende pubbliche operanti nel settore sanitario per infiltrazioni mafiose sino ad arrivare agli eventi criminosi degli ultimi giorni emersi dalle indagini dei Carabinieri del ROS che scoperchiano un sistema che collegava criminalità organizzata e politiche delle spesa pubblica sanitaria attraverso varie articolazioni territoriali che hanno compromesso il sistema gestionale delle Aziende Sanitarie interessate.

Tra i molti elementi messi alla luce in tal senso per la nostra regione, ai fini dell'analisi di contesto per il presente PTPCT 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 (già constatata negli anni precedenti) della 'piccola' corruzione (quella del passaggio di denaro o della 'bustarella') 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; la 'tangente' e le tipiche fattispecie contemplate dal Codice Penale divengono, in questo contesto, sfumati e poco individuabili con gli strumenti tradizionali del diritto;
- una sempre maggiore diffusione di episodi di illegalità negli organi e nelle strutture di controllo, ivi compresi i controlli nel settore sanitario; le inefficienze e la lentezza dei servizi indurrebbero un crescente numero di tentativi di 'addomesticare' i controllori;
- l'accentuarsi delle criticità nel settore degli appalti pubblici, dove per superare i controlli disposti dalla normativa, le organizzazioni illegali sempre più operano attraverso prestanome e società terze, a loro formalmente estranee, in particolare nel campo dei subappalti, della movimentazione terra, dei servizi ai cantieri, e nell'intermediazione illecita di manodopera; quindi, una economia criminale sempre più spostata verso i 'servizi'.

3.1.2 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 02/10/2017 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 SSR, che sono stati sottoposti 'ad un vero e proprio stress test di integrità'.

È necessario, dunque, 'attrezzarsi' perché la gestione dell'emergenza COVID e la 'fase di ricostruzione' che ne seguirà divengano occasione per un rilancio del sistema sanitario, secondo criteri di trasparenza e di equità, e non siano invece occasione di sviluppo per interessi particolari o, addirittura, di illecito arricchimento.

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

3.2 Analisi del contesto interno

Il Grande Ospedale Metropolitano "BMM" è stato istituito con decreto del Presidente della Giunta Regionale n° 170 del 8 febbraio 1995, ai sensi degli artt.3 e 4 del Dlgs 30 dicembre 1992, n° 502 e s.m.i. con la denominazione di "Azienda Ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria", di seguito denominata G.O.M.

Il GOM ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ed opera nel rispetto dei principi del dettato costituzionale, del Dlgs n°502/92 e s.m.i., del codice civile e delle leggi regionali .

Inserita nel servizio sanitario della Regione Calabria opera secondo gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria nazionale e regionale.

L'Azienda ha ridefinito il proprio modello organizzativo, in coerenza con le indicazioni contenute nei Decreti del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n. 130 del 16.12.2015, n. 30 del 3.3.2016 e n. 64 del 5.7.2016, mediante il nuovo Atto Aziendale di diritto privato, adottato 7 con la delibera del Commissario Straordinario n. 400 del 9/07/2020 successivamente modificato e integrato con la delibera n. 807 del 20/11/2020, ad oggi, in attesa di approvazione regionale. Nelle more dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale, pertanto, l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono ancora disciplinati con l'Atto Aziendale approvato con la delibera del Direttore Generale n. 578 del 19.7.2016, approvato dal Commissario ad acta con il D.C.A. n. 82 del 25.7.2016 ed attivo dall'1/08/2016 con la delibera n. 588 del 28.7.2016.

La sede legale è sita in via Provinciale Spirito Santo n° 24 – Reggio Calabria;

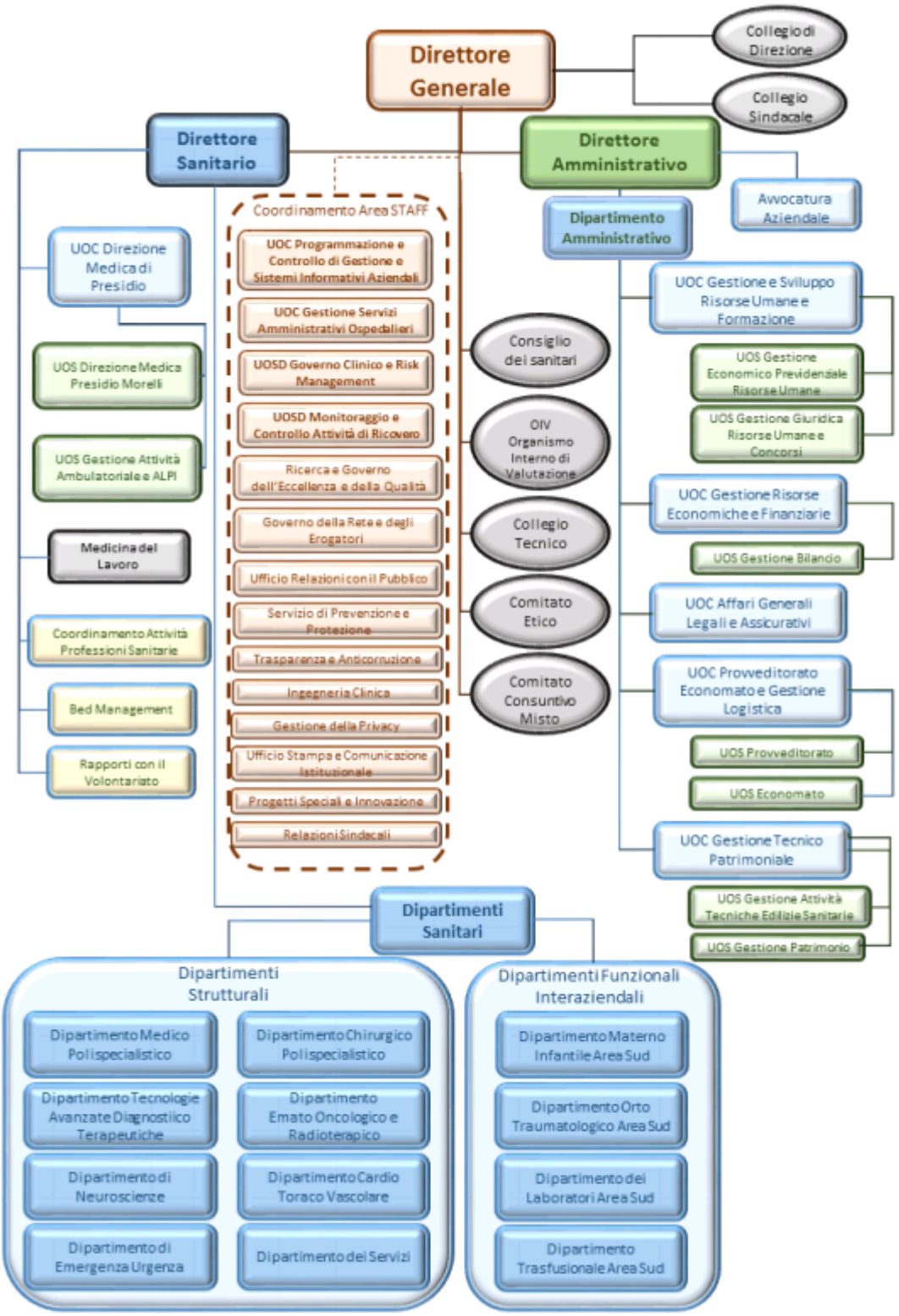
le attività sanitarie sono distribuite su due presidi ospedalieri:

- ✓ Presidio Ospedaliero " F. Bianchi e G.Melacrino", comunemente denominato " Presidio Riuniti" – via Giuseppe Melacrino n° 21 – 89124 Reggio Calabria;
- ✓ Presidio Ospedaliero " Eugenio Morelli" – viale Europa – 89133 Reggio Calabria.

L'Azienda , in coerenza agli indirizzi del PSN e del PSR, concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità ed alto contenuto tecnologico, erogando prestazioni sanitarie per acutiessendo 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 GOM 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.


Direttore Generale
Collegio di Direzione
Collegio Sindacale
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo
Coordinamento Area STAFF
UOC Programmazione e Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali
UOC Gestione Servizi Amministrativi Ospedalieri
UOSD Governo Clinico e Risk Management
UOSD Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero
Ricerca e Governo dell'Eccellenza e della Qualità
Governo della Rete e degli Erogatori
Ufficio Relazioni con il Pubblico
Servizio di Prevenzione e Protezione
Trasparenza e Anticorruzione
Ingegneria Clinica
Gestione della Privacy
Ufficio Stampa e Comunicazione Istituzionale
Progetti Speciali e Innovazione
Relazioni Sindacali
UOC Direzione Medica di Presidio
UOS Direzione Medica Presidio Morelli
UOS Gestione Attività Ambulatoriale e ALPI
Medicina del Lavoro
Coordinamento Attività Professioni Sanitarie
Bed Management
Rapporti con il Volontariato
Dipartimento Amministrativo
Avvocatura Aziendale
UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
UOS Gestione Economico Previdenziale Risorse Umane
UOS Gestione Giuridica Risorse Umane e Concorsi
UOC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
UOS Gestione Bilancio
UOC Affari Generali Legali e Assicurativi
UOC Provveditorato Economato e Gestione Logistica
UOS Provveditorato
UOS Economato
UOC Gestione Tecnico Patrimoniale
UOS Gestione Attività Tecniche Edilizie Sanitarie
UOS Gestione Patrimonio
Consiglio dei sanitari
OIV Organismo Interno di Valutazione
Collegio Tecnico
Comitato Etico
Comitato Consuntivo Misto
Dipartimenti Sanitari
Dipartimenti Strutturali
Dipartimento Medico Polispecialistico
Dipartimento Chirurgico Polispecialistico
Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostiico Terapeutiche
Dipartimento Emato Oncologico e Radioterapico
Dipartimento di Neuroscienze
Dipartimento Cardio Toraco Vascolare
Dipartimento di Emergenza Urgenza
Dipartimento dei Servizi
Dipartimenti Funzionali Interaziendali
Dipartimento Materno Infantile Area Sud
Dipartimento Orto Traumatologico Area Sud
Dipartimento dei Laboratori Area Sud
Dipartimento Trasfusionale Area Sud

4. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- ✓ L. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità della pubblica amministrazione”;
- ✓ Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013;
- ✓ Linee di indirizzo del Comitato interministeriale (DPCM 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, del PNA;
- ✓ D.Lgs. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- ✓ D.P.R. 62/2013 "Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- ✓ D.Lgs. 39/2013 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1 commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- ✓ PNA predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica ed approvato dall’ A.N.AC. con delibera. n. 72/2013 del 11.09.2013;
- ✓ D.L. 18 ottobre 2012, n. 179 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese” convertito con modificazioni dalla L. 221/2012;
- ✓ D.L. 31 agosto 2013, n. 101 “Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni” convertito con L. 125/2013;
- ✓ Documento formalmente approvato e pubblicato sul sito internet del Dipartimento della Funzione Pubblica in data 26 giugno 2014 contenente i "Criteri generali in materia di incarichi vietati ai pubblici dipendenti" elaborato a seguito della chiusura del tavolo tecnico a cui hanno partecipato il Dipartimento della Funzione Pubblica, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, l'ANCI e l'UPI, avviato ad ottobre 2013 in attuazione di quanto previsto dall'intesa sancita in Conferenza unificata il 24 luglio 2013;
- ✓ Delibera A.N.AC. 75/2013: “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, d.lgs. 165/2001)”;
- ✓ -D.L. 24 giugno 2014 n. 90 “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari” convertito con modificazioni dalla L. 114/2014, che ha disposto il trasferimento all’ A.N.AC. delle funzioni prima attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui all’art. 1, c. 4, 5, e 8 della L. 190/2012 nonché in materia di trasparenza di cui all’art. 48 del D.Lgs. 33/2013;
- ✓ -Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei

Programmi triennali di trasparenza, dei Codici dì comportamento" approvato dall'A.N.AC. il 9 settembre 2014

- ✓ -Determinazione A.N.A.C. n° 12 del 15 ottobre 2015 – aggiornamenti al PNA – sezione sanità.
- ✓ PNA 2016 approvato con delibera n. 831 del 3/8/2016
- ✓ Delibera ANAC n. 1190 del 16/11/2016 – Linee Guida n. 5 di attuazione del D.Lgs. 18/6/201, n. 50, recanti " Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione di esperti nell'albo nazionale obbligatorio dei componenti della commissione giudicatrice"
- ✓ Delibera ANAC n. 1097 del 26/10/2016- Linee Guida n. 4, di attuazione del D.Lgs. 18/04/2016 n. 50, recanti " procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle sogli di rilevanza comunitaria, indagine di mercato e formazione e gestione degli elenchi degli operatori economici"
- ✓ Dlgs 25 maggio 2016, n° 97, recante " Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza", che ha introdotto modifiche alla legge 6/11/2012, n° 190 e al Dlgs 14/03/2013, n° 33, ai sensi dell'art. 7 della legge 07/08/2015, n° 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche;
- ✓ Legge n° 208 del 28-12- 2015 Legge di stabilità 2016
- ✓ Codice dei contratti pubblici, ai sensi del D.Lgs. 56 del 19/04/2017
- ✓ D.Lgs. 25/05/2016 n. 57, recante " Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6/11/2012, n. 190 e del D.Lgs. 14/3/2013, n. 33, ai sensi dell'art. 7 della legge 07/08/2015,, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"
- ✓ Delibera A.N.A.C. n. 1309 del 28/12/2016 " Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione della esclusione e dei limiti all'accesso civico di cui art. 5, c.2 del D.Lgs. 33/2013 , art. 5 bis c. 6 del D.Lgs. 33/2013
- ✓ Legge n° 3/2019- cd. Spazzacorrotti
- ✓ Delibera ANAC n° 1064 del 13 novembre 2019 – PNA 2019-

4.1 PNA 2019

Il PNA 2019 ha n°. 3 allegati:

- ❖ Allegato 1: Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi.
- ❖ Allegato 2: la rotazione "ordinaria" del personale.
- ❖ Allegato 3: riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della
- ❖ corruzione e della trasparenza (RPCT).

4.2 Organi di Riferimento Nazionale

La Legge n. 190/2012 recante le Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione prevede un'articolata organizzazione, sia a livello nazionale sia nelle singole Amministrazioni.
A livello nazionale la Legge individua i seguenti organi di riferimento:

- Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC);
- Il Comitato Interministeriale, istituito con D.P.C.M. 16 gennaio 2013, al quale è attribuito il compito di fornire indirizzi attraverso l'elaborazione di linee guida in materia, prodromiche all'elaborazione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Il Dipartimento della Funzione Pubblica, che opera come soggetto promotore delle strategie di prevenzione e come coordinatore della loro attuazione.

4.3 Organi di Riferimento della P.A.

- Il Direttore Generale quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda;
- Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- L' OIV (Organismo Indipendente di Valutazione)
- Collegio dei Revisori;
- Tutti i dirigenti quali referenti del RPTC per l'area di rispettiva competenza;
- L'Ufficio Procedimenti Disciplinari, (UPD);
- Tutti i dipendenti dell'amministrazione;
- I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.

5. CONCETTO DI CORRUZIONE

La legge non definisce il concetto di corruzione cosi come evidenziato dal Dipartimento della Funzione Pubblica con la circolare n°1 del 25 gennaio 2013.

Riportato nell'alveo della situazione che la normativa in materia intende prevenire e tutelare, non può, certamente esaurirsi nella fattispecie penalistica di cui agli artt. 318,319 e 319 ter del C.P., ma comprende tutti i delitti contro la Pubblica

Amministrazione, estendendosi a tutti i comportamenti determinanti un cattivo funzionamento dell' Amministrazione a causa dell'uso delle funzioni attribuite, ma utilizzate per il raggiungimento di fini privati.

Il concetto di corruzione, in senso ampio, comprende la "maladiministration" intesa come scelta da parte della Direzione Strategica di perseguire nella gestione dell'Azienda interessi particolari devianti e contrari all'interesse generale che la stessa deve perseguire, ovvero, nell'inquinamento dell'azione amministrativa dall'esterno, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo, anche a prescindere dalla rilevanza penale.

5.1 Ambito della prevenzione e reati da prevenire

La ratio della Legge n. 190/2012 recante «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione» è volta all'adozione di strumenti idonei a prevenire condotte illecite nella gestione degli interessi pubblici, e prevenzione di tutti i reati contro l'Amministrazione, previsti dal Titolo II del Libro II del Codice Penale e in particolare su quelli del

Capo Primo propri dei pubblici ufficiali (artt. 314 – 335-bis) e di quelli del Capo Secondo dei privati (artt. 336 – 356).

Sono di seguito individuate le fattispecie più rilevanti ai fini della prevenzione:

- Peculato (art. 314 c.p.)
- Peculato mediante profitto dell'errore altrui (art. 316 c.p.)
- Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato (art. 316-ter c.p.)
- Concussione (art. 317 c.p.)
- Corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 c.p.)
- Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.)
- Induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319 Quater c.p.)
- Istigazione alla corruzione
- Abuso d'ufficio (art. 323 c.p.)
- Utilizzazione d'invenzioni o scoperte conosciute per ragioni d'ufficio (art. 325 c.p.)
- Rivelazione e utilizzazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.)
- Omissione o rifiuto di atti d'ufficio (art. 328 c.p.)
- Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità (art. 331 c.p.)
- Traffico di influenze illecite (art. 346 Bis c.p.)
- Abusivo esercizio di una professione (art. 348 c.p.)
- Turbata libertà degli incanti (art. 353 c.p.)
- Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente 353 bis c.p.)
- Inadempimento di contratti di pubbliche forniture (art. 355 c.p.)
- Frode nelle pubbliche forniture (art. 356 c.p.)
- Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio (artt. 361, 362 c.p.)
- Omissione di referto (art. 365 c.p.)

Nel rispetto delle finalità che persegue la Legge n. 190/2012, include nel presente Piano anche i reati contro la fede pubblica e in particolare i delitti di falsità in atti di cui al Capo

III del Titolo VII del Codice Penale, dei quali sono di seguito indicati i più rilevanti, applicabili anche ai documenti informatici (art. 491-bis c.p.).
Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in cui agli atti (artt. 476, 477, 478 c.p.)
Falsità ideologica artt. 479, 480, 481 c.p.
Al fine di garantire in concreto la ratio della legge n° 190/12, oltre ai reati sopra enunciati, si intende dare rilevanza ai casi di conflitto di interesse al fine di
prevenire comportamenti, da parte del personale e dei dirigenti, che possano essere in contrasto con i principi e i doveri che caratterizzano il rapporto di lavoro pubblico.

5.2 Conflitto di interessi

Ai sensi dell'art.1, comma 41, Legge n. 190/2012, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali ed il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Il conflitto di interesse si verifica nel caso in cui il dipendente partecipi all' adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero dei suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti o organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente.

In caso di interessi, I dipendenti dovranno astenersi.

La segnalazione di conflitto deve essere indirizzata al Dirigente apicale presso cui presta servizio il dipendente in posizione di servizio. Il Dirigente medesimo, esaminate le circostanze, valuterà la sussistenza di un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa, rispondendo per iscritto al dipendente sollevandolo dall'incarico, oppure motivando espressamente le ragioni che consentano comunque l'espletamento dell'attività da parte del dipendente medesimo.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, l'incarico medesimo dovrà essere affidato ad altro dipendente ovvero, in carenza di soggetti professionalmente idonei, il Dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Qualora il conflitto di interesse riguardi il Dirigente apicale, sarà il Responsabile per la Prevenzione delle Corruzione a valutare le iniziative da assumere.

La violazione di questa disposizione costituirà fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

I Referenti delle UU.OO. amministrative, ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e, della legge n.190/2012, devono monitorare i rapporti tra l'Amministrazione ed i soggetti che con la stessa stipulino contratti o che siano interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, verificando anche eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci

i dipendenti dei soggetti interessati i dirigenti e i dipendenti dell' Amministrazione. Detta attività dovrà essere riferita dai Referenti nella relazione annuale da inviare al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

I Referenti delle UU.OO.CC. interessate da tali rapporti sottoporranno ai dipendenti, ai Collaboratori esterni, ai fornitori e ditte appaltatrici, dichiarazione all'uopo predisposta, e da questi sottoscritta, di assenza di conflitto di interesse.

Tutti i dipendenti devono, nei loro rapporti esterni, curare gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale, anche di natura non patrimoniale; al riguardo I dipendenti coinvolti nelle fattispecie individuate dovranno rilasciare apposita dichiarazione ed inviarla al RPC.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Gestione Conflitti di Interesse	Direttori e Responsabili delle strutture aziendali che raccolgono le dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse	Evitare che la condizione di conflitto di interessi si trasformi in un comportamento illecito	Acquisizione dichiarazione sostitutiva relativa all'assenza di situazioni di conflitto di interesse	Raccolta del 100% delle dichiarazioni e verifica a campione delle dichiarazioni presentate	Al momento dell'assegnazione - autorizzazione dell'attività con controllo semestrale delle verifiche e dichiarazioni raccolte	RPCT Verifica semestrale 15/07 e 15/01 di ciascun anno
Gestione Conflitti di Interesse	Direttori UU.OO.CC. Gestione Sviluppo risorse Umane e Formazione --- Gestione Logistica Provveditorato Economato ---- Gestione Tecnico Patrimonio ---- Ricerca e Sperimentazione --- Gestione Affar Generali e Legali	Evitare che la condizione di conflitto di interessi si trasformi in un comportamento illecito	Creazione di una cartella condivisa per la verifica e gestione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse e delle autorizzazioni ex art. 53 D.Lgs 165/2001	Inserimento almeno il 90% delle dichiarazioni e delle autorizzazioni	Al momento della raccolta	RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno

5.3 Inconferibilità ed Incompatibilità degli incarichi

Al fine di prevenire ogni possibile situazione contrastante con il principio di imparzialità cui deve uniformarsi la P.A. è stato approvato il D.gls 8 aprile 2013, n° 39, recante "disposizione in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1 commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n° 190.

Il D.Lgs. n. 39 art. 15 del 2013 definisce **"inconferibilità"** la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni o esterni a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal Capo I° del titolo II° del libro secondo del Codice Penale, anche con sentenza non passata in giudicato;
- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- siano stati componenti di organo di indirizzo politico.

Si definisce, invece, **"incompatibilità"** l'obbligo, per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

Con delibera ANAC, n° 149 del 22 dicembre 2014 " Parere sull' interpretazione e sull'applicazione del D.Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario", le norme in questione si applicano, al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario ed ai componenti OIV (Soggetti obbligati a rendere la dichiarazione).
Sulla veridicità delle dichiarazioni rese, che risultano annualmente pubblicate nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito istituzionale,
il RPCT deve controllare ed eventualmente contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgenza della situazione di inconferibilità o incompatibilità all'incarico, segnalando alla Direzione Generale i casi di possibile violazione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, che ha il compito di garantire il rispetto del D.L.vo n. 39/2013, inoltre, segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all' Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, nonchè alla Corte dei Conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

La decadenza dall' incarico è comunicata all'Autorità Nazionale Anticorruzione.
L'attività del RPC in materia è regolata dalla delibera ANAC n° 833 del 03/08/2016.
Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le AA.SS.LL., Aziende Ospedaliere e II.RR.CC.SS. devono intendersi applicate solo nei confronti del Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario così come chiarito dal Dr. Cantone il 30/12/2019.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Verifica sulle dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità	Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Garanzia del Rispetto delle autodichiarazioni presentate	Raccolta verifica sulle dichiarazioni presentate dai Direttori	Numero delle dichiarazioni raccolte e verificate =100%	Annuale	RPCT 31/03/ di ciascun anno

5.4 Codice di Comportamento

La legge 190/2012, tra le misure di prevenzione della corruzione attribuisce un ruolo rilevante al codice di comportamento inteso come strumento idoneo a regolare le condotte dei dipendenti.

Il codice di comportamento del GOM è pubblicato alla sezione Amministrazione Trasparente, adottato con deliberazione n° 128 del 01/02/2016 ed è in corso di aggiornamento sulle linee guida ANAC approvate con delibera n. 167 del 19/02/2020 ed i CCNNLL di riferimento.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Codice etico e di comportamento	UPCD (Alla data odierna il RPCT ricopre anche il ruolo di Presidente della Commissione Disciplinare)	Gestione delle violazioni del Codice	Relazione da presentare al RPCT dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.	Produzione della relazione	annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
Codice etico e di comportamento	Direttore U.O.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Diffusione conoscenza del codice a tutto il personale neoassunto	Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del Codice	Inserimento nel 100% dei contratti individuali della clausola di presa visione	Al momento della stipula del contratto di lavoro	RPCT Verifica semestrale a campione dei individuali di lavoro 15/07 e il 15/01 di ciascun anno
Codice etico e di comportamento	Direttore U.O.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Verifica della conoscenza del Codice e della normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza all'atto della selezione del personale	Inserimento nei bandi di selezione del personale di conoscenza di nozioni in merito al codice etico e di comportamento ed alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	inserimento nel 100% dei bandi di selezione del personale di conoscenza di nozioni in merito al Codice etico e di comportamento ed alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	All'atto dell'emissione del bando	RPCT Verifica annuale a campione dei bandi per selezione del personale 15/01 di ciascun anno

6. 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 preposte:

- il Direttore Generale;
- il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- Collegio dei Revisori;
- OIV (Organismo Indipendente di Valutazione);
- Collaboratori dell' RPTC – Gruppo di supporto -
- i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- i dipendenti dell'Azienda.

6.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, oggi Commissario Straordinario Ing. Iole Fantozzi, nominata con DCA n. 3 dell/8/01/2021 (precedentemente nominata con Decreto del Ministero della Salute 13/12/2019) quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda: - designa il Responsabile della prevenzione della corruzione.
Entro il 31 Gennaio di ogni anno (termine, che per l'anno 2021 è stato differito al 31 Marzo) approva il PTPCT e i suoi aggiornamenti, definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, adottando tutti gli atti di indirizzo generale, direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione al fine di promuovere l'attuazione della strategia di prevenzione assicurandone la coerenza e la rispondenza con tutti gli atti di programmazione aziendale .
In conseguenza all'emergenza COVID la direzione nel 2020 ha prestato particolare attenzione nella a disciplinare le attività sanitarie e assistenziali, controlli per il recepimento di donazioni di somme di denaro e di beni mobili in collegamento con l'emergenza COVID, ottemperando alle prescrizioni ANAC sulle modalità di trasparenza e di rendicontazione.
In particolar modo, nonostante le variazioni di priorità che sono state imposte all'azienda dall'emergenza pandemica, la Direzione ha inteso consolidare il collegamento tra l'attuazione delle misure anticorruzione e la retribuzione di risultato dei dirigenti inserendo tra le schede di valutazione di questi ultimi, oltre l'ottemperanza agli obblighi di trasparenza, anche gli adempimenti e la collaborazione con il RPCT nell'adozione delle misure anticorruzione.

6.2 Il Responsabile della Prevenzione e Corruzione

Il RPCT rappresenta uno dei soggetti fondamentali per l'attuazione della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.
Titolare dell'incarico dell'RPCT è l'Avvocato Anna Curatolo, la quale svolge la funzione in maniera esclusiva

Ai sensi della legge 190/12 è il soggetto che deve attivare e garantire il funzionamento della prevenzione all'interno dell'Amministrazione collaborando con la Direzione Strategica e tutta l'infrastruttura Aziendale al fine di assicurare che ogni attività amministrativa, o di altra natura posta in essere da chiunque, in nome e per conto del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria (di seguito GOM) sia basata sul principio di legalità.

6.3 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.

6.4 L' Organismo Indipendente di Valutazione- (OIV)

Le funzioni dell' Organismo Indipendente di Valutazione sono esplicate dall'art. 14 del D.Lgs. 150/2009 e sue successive modifiche ed integrazioni, da ultimo il D.Lgs. 25/03/2017, n°74.
La nuova disciplina prevede "un più ampio coinvolgimento degli OIV chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della perfomance degli uffici e dei funzionari pubblici" – PNA 2019.
L'OIV verifica che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale e che nella misurazione e valutazione della performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e trasparenza offrendo un supporto metodologico al RPCT nel processo di gestione del rischio corruttivo.
L'OIV verifica i contenuti della relazione annuale del RPCT.
Un compito rilevante di questo Organismo si sostanzia nell'attività di monitoraggio e controllo del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.
L'OIV esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento e sulla sua conformità alle linee guida emanate in materia dall' ANAC (delibera ANAC n. 75/2013) svolgendo un'attività di supervisione sull'applicazione dello stesso.
L' OIV assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice di Comportamento ed il sistema di misurazione e valutazione della performance ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dal dipendente, dall'ufficio ed in particolar modo dai Dirigenti i cui risultati saranno considerati in sede di valutazione annuale.
L'OIV è reso edotto dell'impostazione data al presente PTPC, ed in particolare della metodologia seguita per attuare il processo di analisi del rischio e per individuare e definire le misure di prevenzione che i responsabili delle strutture sono chiamati ad

adottare per ridurre il rischio di fenomeni corruttivi, anche al fine del necessario coordinamento con il Piano delle Performance adottato dall'Azienda.

6.5 Collaboratori dell' RPCT – Gruppo di supporto -

Ai fini dell'attuazione della legge 190/2012 si individuano quali referenti obbligati alla collaborazione nella predisposizione ed attuazione del PTC, i seguenti soggetti:

- Direttori delle UU.OO.CC. Sanitarie, Amministrative, Tecniche e Professionali:
- Componenti commissione per la Performance;
- Direttore Sanitario di Presidio;
- Capi Dipartimento;
- Direttore UOC Farmacia;
- Direttore ff UOC Programmazione e Controllo di Gestione
- Responsabile Ricerca e Governo dell`Eccellenza e della Qualità;
- Responsabile Risk Management;
- Presidente Commissione Beni Infungibili;
- Referente area Libera Professione;
- Referente Sperimentazioni cliniche, gestione progetti di ricerca;
- Presidente ufficio Procedimenti Disciplinari.

6.6 Gruppo di supporto - attività

L'Azienda può individuare, per particolari necessità, ulteriori referenti.
I collaboratori dell'RPC, come sopra individuati, dovranno:

- partecipare al processo di rilevazione e gestione del rischio;
- individuare i mezzi specifici per ridurre i comportamenti corruttivi;
- coadiuvare l'RPCT nella redazione del piano triennale;
- relazionare al responsabile anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPC;
- proporre eventuali ulteriori misure da adottare;
- attestare il rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi di competenza della propria struttura;
- assicurare l'osservanza del codice di comportamento e verificare i casi di violazione dandone comunicazione all' RPC.
- Nell'adozione delle misure gestionali, si richiama la delibera ANAC n° 1064 del 13/11/2019 – PNA 2019 – allegato 2: "provvedere alla rotazione del personale e,

nella impossibilità, rappresentarne le motivazioni, ponendo in essere le misure alternative in essa indicate".

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

Secondo le indicazioni dell'A.N.A.C. formulate fin dal 2016 ogni stazione appaltante deve nominare il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa.

Tale figura denominata Responsabile dell'anagrafe per la Stazione Appaltante o R.A.S.A, ha l'obbligo informativo di alimentare la Banca dati Nazionale Contratti Pubblici istituita presso l'ANAC comunicando i dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, della classificazione stessa e dell'articolazione in centri di costo; tale obbligo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (d.lgs. 50/2016).

L'individuazione del R.A.S.A costituisce una misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

RA.S.A. del G.O.M. è la dott.ssa Giuseppina Ambroggio , Direttore f.f. dell'U.O. C Gestione Provveditorato , Economato e Gestione Logistica , nominata con Delibera del Commissario Straordinario . n. 153 del 12/03/2021.

6.8 La relazione annuale dei collaboratori dell'RPCT

I collaboratori, come sopra individuati, dovranno inviare al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, entro il 31 ottobre, apposita relazione con il riepilogo delle attività svolte.

La mancata collaborazione, cosi come il mancato inoltro della relazione annuale, costituiranno elementi di responsabilità disciplinare.

Analoga responsabilità disciplinare sarà attivata, a cura del dirigente responsabile della U.O., nei confronti dei dipendenti aziendali che non collaborano col RPC.

6.9 Referenti interni alle UU.OO.CC.

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

I nomi dei Referenti saranno pubblicati nel sito web istituzionale (Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione)

Anticorruzione e Trasparenza – Avvocatura	
Responsabile Anticorruzione /Trasparenza	Avv. A. Curatolo
Referente Accesso agli Atti	Avv. A. Curatolo
Referente Pubblicazione UOC	Dr.ssa T. D'Agostino
Affari Generali, Legali ed Assicurativi	
Referente Anticorruzione	Sig.ra D. Cutrupi
Referente Accesso agli Atti	Dr.ssa C. Ferraro
Referente Pubblicazione UOC	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 UOC	Sig. E Bellantoni
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	
Referente Anticorruzione	Sig. A. Campolo
Referente Accesso agli Atti	Sig. A. Campolo
Referente Pubblicazione UOC	Sig. A. Campolo
Gestione Tecnico Patrimoniale	
Referente Anticorruzione	Sig. M. Suraci
Referente Accesso agli Atti	Sig. M. Suraci
Referente Pubblicazione UOC	Sig. M. Suraci
Provveditorato Economato	
Referente Anticorruzione	Dr.ssa G. Ambroggio
Referente Accesso agli Atti	Dott. F. Ferrara
Referente Pubblicazione UOC	Dr.ssa M. Bronzi
Direzione Sanitaria di Presidio	
Referente Anticorruzione	Dr.ssa M.A. Marino
Referente Accesso agli Atti	Dr.ssa E. Nasso
Referente Pubblicazione UOC	Dr.ssa M.A. Marino
Dipartimenti Sanitari	
Referente pubblicazione coordinamento e monitoraggio sito aziendale	Dott. S. Carullo
Dipartimenti Amministrativi	
Referente pubblicazione coordinamento e monitoraggio sito aziendale	Dott. S. Carullo

6.10 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'UPD, 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 PTPC 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).

7. RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE – FUNZIONE E COMPITI

L'articolo 1, co. 7, l.190 2012, stabilisce che il RPCT è individuato dall'organo di indirizzo, di norma tra i Dirigenti di ruolo in servizio, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.
Delibera ANAC N° 1064 del 13/11/2019 – allegato 3.
Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione deve:

- predisporre il PTPC in tempi utili per l'adozione dello stesso, da parte dell'organo di indirizzo politico, entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1 c. 8 L. 190/2012);
- definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, entro il 31 gennaio di ogni anno;
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, c. 10 lett. c) L. 190/2012);
- Verificare l'efficace attuazione del PTPC e della sua idoneità, nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione (art. 1 c. 10 lett. a) L. 190/2012);
- Verificare, d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione, ove possibile, 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 c. 10 lett. b) L. 190/2012) allegato 3 delibera PNA 2019;
- Individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione;
- La definizione di procedure appropriate per la selezione e formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- Ai sensi dell'art. 1 c. 14 L. 190/2012 e il RPTC redige la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC;
- Verificare ai sensi del decreto legislativo 39/2013 – art. 15 che siano rispettate, ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa e di vertice, le disposizioni introdotte dal citato decreto disciplinanti casi di inconferibilità e di incompatibilità (art. 15.).

In tale ipotesi l'ANAC con delibera n° 833 del 3 agosto 2016 ha precisato che spetta al RPCT " avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità). Il procedimento avviato dal RPCT è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accettare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo e della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPCT irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del D.lgs n.° 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza".

7.1 Poteri dell'RPC

Il RPC può:

- Chiedere ai dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale, di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e di diritto che hanno condotto all'adozione del provvedimento;
- Chiedere delucidazioni scritte o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possano integrare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità;
- Effettuare controlli mediante ispezioni e verifiche a campione presso le strutture maggiormente esposte al rischio, per valutare la legittimità e la correttezza dei procedimenti amministrativi in corso o già definiti;
- Prevedere, sulla base delle risultanze ottenute in fase di prima applicazione di introdurre meccanismi di monitoraggio sistematici mediante adozione di una apposita procedura;
- Valutare le eventuali segnalazioni di situazioni potenzialmente a rischio di corruzione provenienti da soggetti esterni;
- Effettuare controlli a campione sull'attività svolta sia dalle strutture amministrative che sanitarie;
- Chiedere al RUP di ciascun procedimento amministrativo lo stato dei singoli procedimenti di competenza, al fine di garantire il rispetto del relativo termine per la conclusione, cosi come previsto dalla Legge (cfr. art. 1, comma 9, lett. d) della Legge n. 190/2012).

  Sul punto si rammenta che ai sensi dell'art. 2, comma 2 della Legge n. 241/1990 «Nei casi in cui disposizioni di legge ovvero i provvedimenti di cui ai commi 3, 4 e 5 non prevedono un termine diverso, i procedimenti amministrativi di competenza delle amministrazioni statali e degli enti pubblici nazionali devono concludersi entro il termine di trenta giorni.

7.2 Informazione da e verso il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Nei confronti del responsabile della prevenzione debbono essere indirizzati adeguati flussi informativi.

A tal fine, nella prima fase di applicazione del presente piano, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione verifica quali siano i flussi informativi d'interesse e le modalità di comunicazione da instaurare, ivi comprese quelle provenienti da parte di terzi (stakeholders) all'apposita casella di posta elettronica.

All' RPCT devono pervenire i seguenti flussi informativi:

- Segnalazioni indirizzate alla Direzione Strategica, di accertamento di violazioni del Codice Etico-Comportamentale che possano configurarsi come ipotesi di reato già consumato, o non ancora giunto a consumazione, affinché la Direzione Strategica impedisca il compimento dell'azione o la realizzazione dell'evento;
- Segnalazioni di violazioni al Codice Etico-Comportamentale non configurabili come ipotesi di reato;
- Segnalazioni di violazioni accertate del Codice Etico-Comportamentale che possano comportare l'insorgere di una responsabilità in capo all'Azienda.

7.3 L'obbligo di informazione al RPCT

Per esatta conoscenza si intende precisare che, il supporto conoscitivo ed informativo al RPCT è obbligatorio e che, in caso di inadempimento, si configura un comportamento per cui il dipendente e/o il dirigente può essere deferito all'ufficio procedimenti disciplinari.

- L'articolo 16, co. 1-ter, Dlgs n° 165del 2001 stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a " fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione" (all. 3 PNA 2019).
- L'art. 8, d.P.R. n.° 62 del 16 aprile 2013 stabilisce che i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a "rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione".

Tutti i documenti richiesti dall' RPCT devono essere forniti in formato elettronico non modificabile.

7.4 Ufficio Procedimenti Disciplinari

- Istruisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- Provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- Propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.

8. STRUMENTI DI PREVENZIONE

8.1 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

I Referenti dell'RPC ai sensi dell'art. 1, comma 28, della Legge n. 190/2012 e dell'art. 24 del D.Lgs. 33/2013, devono monitorare i termini per la conclusione dei procedimenti, provvedendo a darne comunicazione tempestiva, rilasciando apposita attestazione positiva della conclusione di tutti i procedimenti trattati, in difetto, avranno cura di comunicare il numero dei procedimenti per i quali si registra un ritardo ed i motivi dello stesso.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, inoltre, accertandosi del corretto svolgimento del monitoraggio e del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, deve intervenire qualora constati inadempimenti procedurali.

Gli esiti del monitoraggio saranno pubblicati sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente – Attività e procedimenti - come previsto dal D.Lgs 33/2013

8.2 Formazione dei dipendenti

La formazione riveste un' importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione, poiché favorisce l'applicazione di altra misura di prevenzione e cioè la rotazione.

Una formazione adeguata consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- La consapevolezza dei soggetti che svolgono l'attività amministrativa.
- L'eventuale discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni basate sulla conoscenza e le decisioni sono assunte "con cognizione di causa"; ciò comporta la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- La creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;
- La creazione della competenza specifica necessaria al dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- La creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- La diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati;
- La conoscenza dell'obbligo di astensione, in caso di conflitto di interesse, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dai comportamenti da seguire in caso di conflitto di interessi.

La formazione deve essere strutturata su due livelli:

- **Livello generale,**rivolto a tutti i dipendenti, che deve riguardare l'aggiornamento delle competenze delle varie professionalità e le tematiche dell'etica e della legalità;
- **Livello specifico**, rivolto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ai referenti ed ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, che deve riguardare essenzialmente gli

strumenti concretamente utilizzabili per una efficace prevenzione.

Alla predisposizione del Piano di formazione, che ha cadenza annuale, provvede il responsabile della Formazione, previa intesa con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, che individua il personale aziendale da inserire nel percorso formativo, su indicazione dei Referenti.

I dipendenti che hanno partecipato ai programmi di formazione potranno esporre ai colleghi, nel corso di incontri formativi brevi, da tenersi presso le Unità Operative Aziendali, le indicazioni essenziali apprese, assicurando cosi la più ampia divulgazione delle tematiche relative alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

I Direttori delle UU.OO.CC dovranno dare riscontro di tali attività al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Formazione	RPCT	Diffondere la conoscenza dell'etica e della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio e a tutti i dipendenti	Realizzazione dei corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Realizzazione del 100% dei cosi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Annuale	Responsabile U.O.C. Gesione e Sviluppo Rirorse Umane e Formazione 31/12 di ciascun anno
Formazione	Tutti i Direttori /Responsabili di Struttura Complessa/ Semplice delle aree a rischio individuate nel PTPCT	Diffondere la conoscenza dell'etica e della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio e a tutti i dipendenti	Partecipazione ai corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno da parte del personale della struttura	Partecipazione di almeno il 50% del personale afferente alla struttura ai corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno.	Annuale	Responsabile U.O.C. Gesione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione 15/01 di ciascun anno

8.3 Rotazione degli incarichi nelle aree a rischio di corruzione

PNA 2019 - allegato 2

Il RPCT deve verificare, di intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici per il personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione con le modalità previste nel PNA 2013, 2016,2018 e da ultimo PNA 2019.

Essa rappresenta una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione, instaurando rapporti sempre con gli stessi utenti, potendo dar luogo a pressioni sia interne che esterne.

Sono previste due tipologie di rotazione: la rotazione ordinaria prevista dalla legge 190/2012 e la rotazione straordinaria prevista dall'art. 16, comma 1, lett. I.quater del Dlgs 165/2001, che si attiva successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi.

8.3.1 Rotazione Ordinaria

L'orientamento dell'ANAC è stato quello di rimettere l'applicazione della predetta misura all'autonoma programmazione delle amministrazioni in modo che le stesse possano adattarla alla concreta situazione organizzativa degli uffici, indicando, ove non sia possibile, strumenti alternativi aventi effetti analoghi; un esempio è l'articolazione delle competenze , c.d. **segregazione delle funzioni ,** già adottata dal GOM , con cui sono attribuiti a soggetti diversi i compiti relativi a:

1. Svolgimento di istruttorie e accertamenti;
2. Adozione di decisioni;
3. Attuazione delle decisione prese;
4. Effettuazione delle verifiche.

Il GOM di Reggio Calabria, considerate le oggettive difficoltà dovute alla carenza di personale, si propone di attuare misure alternative onde evitare "il controllo esclusivo dei processi" da parte di un solo soggetto favorendo, laddove sia possibile, con adeguata formazione, la compartecipazione di altro personale - allegato 2 PNA 2019 - **Affiancamento**.

La rotazione dei Dirigenti: attualmente è limitata ad una sola unità, considerato l'esiguo numero degli stessi: n° 10 Dirigenti di cui tre (3) appartenenti al ruolo professionale (1 Avvocato, 2 Ingegneri); due (2) in aspettativa per incarichi (Direttori Amministrativi); due (2) in quiescenza nel 2020.

Alcune unità sono state trasferite ma, per effettuare un vero processo di rotazione, il GOM dovrà prendere atto della messa in quiescenza, del personale in servizio presso le UOC ad elevato rischio corruttivo.

8.3.2 Rotazione straordinaria

La rotazione straordinaria disciplinata dall'art. 16, comma 1, lett. I.quater, Dlgs 165/2001, secondo cui " i dirigenti di uffici dirigenziali generali provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva", nonché della delibera ANAC n°2015 del 26/03/2019.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Rotazione del personale e segregazione delle funzioni	U.O.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Rispetto del principio di rotazione straordinaria di cui all'art. 16 comma 1, lettera quater, del D.Lgs n. 165 del 2001	Disciplinare all'interno del regolamento per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area medica e SPTA l'istituto della rotazione straordinaria	Provvedimento di adozione del regolamento	31/12/2021	RPCT 31/12/2021
Rotazione del personale e segregazione delle funzioni - Affiancamento	U.O.C. Affari Generali e Legali e U.O.C. Gestione Economico Finanziaria U.O.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane e Formazione U.O.C. Gestione Tecino e patrimonio - U.O.C. Gestione Logistica Provveditorato Economato	Attuazione del principio di rotazione ordinaria degli incarichi - segregazione delle funzioni Affiancamento	Articolazione dei compiti e delle competenze, prevedendo meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali nel rispetto dei regolamenti	Predisposizione di una procedura che metta in evidenza compiti, responsabilità e controlli all'interno di ciascuna struttura	31/12/2021	RPCT 31/12/2021

8.4 PTPC – Oggetto e finalita' del Piano

Il piano triennale per la Prevenzione della Corruzione rappresenta una serie di strumenti in continua evoluzione in quanto deve rispondere, nella sua applicazione, al cambiamento di assetto della struttura aziendale.

Ha come finalità:

- Ridurre i casi di corruzione;
- Creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- Creare gli strumenti per l'individuazione di fatti corruttivi.

A tale scopo elementi rilevanti sono:

- Selezione e formazione dei dipendenti assegnati alle UU.OO.CC. particolarmente esposte a fattori di rischio della corruzione ;
- Individuazione della tipologia di rischio;
- Monitoraggio;
- Individuazione delle aree a rischio;
- Acquisizione e progressione del personale - gestione delle risorse umane;
- Affidamento di lavori, servizi e forniture - l'acquisto di beni, servizi e lavori;
- Erogazione delle prestazioni sanitarie;
- Flussi Informativi e controllo di gestione;
- L'esercizio della libera professione;
- Gestione procedure di gara per affidamento lavori pubblici, corretta esecuzione degli appalti, manutenzioni degli immobili e delle apparecchiature.

9. MAPPATURA DEI RISCHI - INDIVIDUAZIONE DEI PROCESSI

Il piano 2021/2023 della Prevenzione della Corruzione formalizza una prima mappatura con riferimento ai processi ritenuti a maggior rischio, sulla base della caratteristiche degli stessi , analizzati in termini di probabilità e di impatto, valutando quindi la pericolosità dell' evento correlata alla gravità delle conseguenze.

Inoltre, la Determinazione n. 12 del 28/10/2015, assunta dall'Autorità Nazionale Anticorruzione riguardante l'aggiornamento 2015 del PNA, ha fornito alcune ulteriori indicazioni in merito alla individuazione delle aree con alto livello di probabilità di eventi rischiosi integrandone l'elencazione con quelle, in particolare, relative allo svolgimento delle attività di gestione del contenzioso.

La legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", ha regolamentato la normativa in materia di responsabilità sanitaria, introducendo nuovi adempimenti in capo alle strutture sanitarie - quali, tra gli altri, l'obbligo di informazione all'esercente la professione sanitaria coinvolto nell'evento che ha determinato la richiesta risarcitoria, del giudizio basato sulla sua responsabilità, nonché dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.

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 del contratto;
- Gestione sperimentazioni cliniche;
- Gestione liste di attesa;
- Libera professione;
- Gestione lavori pubblici;
- Gestione patrimonio immobiliare;
- Gestione finanziamenti pubblici e privati;
- Acquisizione e vendita di prestazioni e servizi sanitari presso terzi;
- Incasso prestazioni sanitarie e non .

10. MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO GENERALE

10.1 Affari generali e contenzioso

L'art. 4 della legge n. 24 dell' 8 marzo 2017 dispone che "Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, 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 .

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Pubblicazione dati ulteriori in Amministrazione trasparente	Direttore U.O.C. Affari Generali Legali e Contenzioso	Garantire la trasparenza delle procedure di risarcimento danni ai pazienti danneggiati	Rispetto dell'obbligo della Legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli - Bianco) relativo alla pubblicazione dei dati inerenti il risarcimento a pazienti danneggiati.	Pubblicazione annuale del dato ulteriore	Annuale	RPCT 31/12 di ciascun anno
Registro Accesso agli Atti	Direttore U.O.C. Affari Generali Legali e Contenzioso	Garantire la trasparenza delle procedure di accesso agli atti	Pubblicazione di tutte le procedure di accesso agli atti	Pubblicazione del 100% delle Istanze di accesso di tutte le UU.OO.CC	Tempestiva	RPCT Verifica semestrale

10.2 Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno

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 a quanto previsto all'art. 53 comma 16 ter del D.Lgs n. 165/2001, che dispone l'inserimento della clausola di pantouflage, negli schemi di contratti pubblici.

Il RPCT, che venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, deve segnalare la violazione ai vertici dell'amministrazione ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Regolamento per il conferimento e revoca di incarichi Dirigenziali	Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Garantire la massima trasparenza nella definizione dei criteri e dei principi che determinano la graduatoria degli incarichi dirigenziali e la relativa retribuzione di posizione	Presentazione alla Direzione Strategica del Regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali Area Medica e Sanitaria	1) Presentazione del Regolamento 2)Report annuale sugli incarichi attribuiti e/o revocati annualmente	1) 30/09/2021 2)al 31/12/ di ciascun anno	RPCT 30/09/2021 e 15/01 di ciascun anno
Controlli sulle autorizzazioni degli incarichi extra-istituzionali	Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Garanzia del rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata	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
Inserimento nei contratti individuali della clausola di presa visione del divieto di pantouflage	Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	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
Gestione dei copncorsi e prove selettive	Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Garantire l'applicazione delle norme che regolano l'acquisizione del personale	Pubblicazione delle tracce di tutte le prove, graduatorie finali aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori (art. 1 co. 145 Legge n. 160/2019	Pubblicazione del 100% dei dati relativi all'azione programmata	Tempestiva	RPTC 31/12 di ciascun anno

10.3 Gestione Gare, servizi e forniture - l'acquisto di beni, logistica

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:

- Rapporti indebiti con i fornitori in violazione del principio di libera concorrenza e degli obblighi di cui art. 26 del D. Lgs. n.81/08 (sicurezza sul lavoro) di seguito elencati:
- Idoneità tecnico professionale;
- Regolarità contributiva;
- Rischi specifici coordinamento e cooperazione; - DUVRI.
- Strutture interessate:
- Area sanitaria: es. Farmacia in quanto coinvolta nelle procedure di acquisto
- Area amministrativa: UOC Gestione Forniture Servizi e Logistica, UOC Gestioni Infrastrutture, Tecnologie e Patrimonio.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la rendicontazione del contratto	Direttore U.O.C. Provveditorato Economato e gestione Logistica	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione 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
Procedura per la rendicontazione del contratto	Direttore U.O.C. Provveditorato Economato e gestione Logistica	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione 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
Controlli sull'esecuzione contrattuale	Direttore U.O.C. Provveditorato Economato e gestione Logistica	Garantire il rispetto della normativa in materia	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

10.4 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 DCA 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. 228 del 12/05/2020 , modificata dalla delibera n. 252 del 26/05/2020, il GOM ha nominato i componenti la Commissione per la valutazione delle richieste di prodotti esclusivi e beni infungibili.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Manifestazione Pubblica di interesse	Commissione per la valutazione delle richieste di prodotti esclusivi e beni infungibili	Evitare situazioni di potenziali conflitti	Applicazione della procedura nel caso di richiesta di acquisto di beni esclusivi o infungibilli.	Rendicontazione suglki 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
Regolamento Commissione	Commissione per la valutazione delle richieste di prodotti esclusivi e beni infungibili	Garantire la trasparenza delle procedure di acquisto di beni infungibili	Redazione Regolamento di funzionamento della Commissione	Pubblicazione del Regolamento	15/07/2021	RPCT Controllo a campione sulla regolare esecuzione degli acquisti

10.5 Gestione Tecnico e Patrimonio

Nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera, come di tutti gli enti sanitari, riveste rilevante importanza la UOC Gestione Tecnico e Patrimonio 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;

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'INAIL 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.

- In data 2 luglio 2015 sul sito istituzionale del Governo è stato pubblicato il relativo avviso pubblico recante "Selezione delle manifestazioni di interesse per l'effettuazione di iniziative di elevata utilità sociale valutabili nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), ai sensi dell'articolo 1, comma 317, della legge 23 dicembre 2014, n.190", di cui al comunicato nella Gazzetta Ufficiale n. 160 del 13 luglio 2015, a cui il G.O.M., con nota prot. n. 2399 dell'11/09/2015, ha partecipato con il progetto denominato "Ampliamento Nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria", il cui valore economico ammonta a € 180.000.000,00.
- In data 21/02/2018 è stata sottoscritta, tra la Regione Calabria e il G.O.M. di Reggio Calabria, la Convenzione regolante i rapporti per l'attuazione delle attività di indagine, progettazione e verifica.
- Con Decreto Dirigenziale n. 3200 del 12/04/2018, è stata disposta l'autorizzazione a contrarre ai sensi e per gli effetti dell'art. 32, comma 2, del D.Lgs. 50/2016 per l'affidamento della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva e della verifica della progettazione, ed affidato l'incarico di Responsabile Unico del Procedimento delle suddette procedure di gara.
- Con decreto dirigenziale n. 7323 del 06/07/2018 è stata formalmente indetta la gara, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32, comma 2, del D.Lgs. 50/2016, con procedura

aperta, ex art. 60 D.Lgs 50/2016, per l'affidamento dei servizi di redazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica e definitivo, comprensivi delle necessarie attività di indagine, per la realizzazione dell'intervento denominato "Ampliamento nuovo ospedale Morelli di Reggio Calabria" (CUP: J31B18000180002 - CIG:752145335E), nonché approvata la documentazione di gara.

- Con decreto dirigenziale n. 3153 del 14/03/2019 il Servizio di progettazione e delle relative attività di indagine dell'intervento denominato "Ampliamento nuovo ospedale Morelli di Reggio Calabria" è stato aggiudicato al RTI STEAM s.r.l.
- Con decreto dirigenziale n. 7100 del 13/06/2019 è stata formalmente indetta la gara con procedura aperta per l'affidamento del Servizio di verifica della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva, ai sensi dell'art. 26 del D.Lgs n. 50/2016, relativa alla realizzazione dell'ampliamento del Nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria." (CUP: J31B18000180002 - CIG: 7922618F2F), nonché approvata la documentazione di gara.
- Con decreto dirigenziale n. 529 del 27/01/2020, il Servizio di verifica della progettazione di fattibilità tecnica ed economica, definitiva ed esecutiva dell'intervento denominata "Ampliamento nuovo ospedale Morelli di Reggio Calabria", è stato aggiudicato alla società ITS Controlli Tecnici S.p.A.
- Il relativo contratto di appalto, tra Regione Calabria e STEAM s.r.l., è stato sottoscritto in data 22/11/2019, Repertorio n. 126, registrato all'Agenzia delle Entrate di Catanzaro, in data 11/12/2019, al n. 121, Serie 1.
- Con Decreto Dirigenziale n. 6546 del 19/06/2020, preso atto delle dimissioni del Responsabile Unico del procedimento nominato con Decreto Dirigenziale n. 3200 del 12/04/2018, si è proceduto alla sostituzione dello stesso con l'affidamento dell'incarico all'Ing. Antonio Nisticò in servizio presso l'U.O.A. Protezione Civile del Dipartimento Presidenza della Regione Calabria.

Attualmente il gruppo di progettazione RTI STEAM s.r.l 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' INAIL per i successivi adempimenti di competenza.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la rendicontazione del contratto	Direttore U.O.C. Gestione Tecnico e Patrimonio	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione 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
Procedura per la rendicontazione del contratto	Direttore U.O.C. Gestione Tecnico e Patrimonio	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione 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
Controlli sull'esecuzione contrattuale	Direttore U.O.C. Gestione Tecnico e Patrimonio	Garantire il rispetto della normativa in materia	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
Alternanza Ruolo del RUP	Direttore U.O.C. Gestione Tecnico e Patrimonio	Assicurare la Terzietà ed indipendenza 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

10.6 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.

Le aree interessate sono:

- amministrativa che fornisce i dati gestionali;
- sanitaria
- Direzione Sanitaria Aziendale;
- Sanitaria di Presidio e le strutture cliniche - con attenzione ai flussi di attività, codificazioni di DRG e prestazioni ambulatoriali.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Piano della Performance	Direttore U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione	Garantire la trasparenza nelle procedure organizzative dell'Azienda	Misurazione della performance	Pubblicazione del Piano annuale	annuale	RPCT 31/01 di ciascun anno

10.7 Gestione Risorse Economiche e Finanziarie

Altrettanto importante è il monitoraggio delle attività svolte dalla Gestione Risorse Economiche e Finanziarie a cui confluiscono tutti gli elementi di natura contabile dell'Azienda:

- Contabilità generale;
- Gestione pagamenti;
- Riscossioni;
- Bilancio:

In esecuzione all'art.1, c.522, della legge di stabilità 2016, il Direttore della UOC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, dovrà pubblicare, nell'apposita sezione del sito istituzionale -Amministrazione Trasparente - entro 60 giorni dall'approvazione il bilancio 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.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Gestione dei pagamenti	Direttore U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari	Tracciabilità dei pagamenti	Report trimestrale riportante le fatture ricevute con indicazione dei tempi di pagamento	Trimestrale	RPCT 15/04 15/07 15/10 e 15/01 di ciascun anno
Gestione dei crediti	Direttore U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie in collaborazione con Direttore U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e Direttore U.O.C. Affari Generali Legali e Contenzioso	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei crediti aziendali	Circolarizzazione dei rapporti di credito mediante l'impiego di apposito software gestionale.	Elaborazione e invio di apposita nota di circolarizzazione del credito, con evidenza, per ciascun creditore, delle singole partite contabili scadute e non riscosse.	31/12/2021	RPCT 15/01 di ciascun anno
Gestione dei debiti	Direttore U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie in collaborazione con Direttore/Responsabile delle U.O.C. Responsabili dei processi di liquidazione (U.O.C. Provveditorato - Personale - Affari Generali, etc…)	Garantire il rispetto della cronologia nei pagamenti	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 1) 15/7/n 2) 15/1/n+1 di ciascun anno

11. 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.

11.1 Settore sanitario

Prestazioni Sanitarie – Erogazione - Area Farmaceutica
Rientrano in quest'area i seguenti processi:

- prestazioni ambulatoriali;
- ricoveri in elezione;
- ricoveri urgenti;
- decesso in ambito intraospedaliero.
- Gestione dei fabbisogni farmaci e presidi

I rischi in tale settore sono:

- Cattiva gestione delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali;
- Ricoveri impropri.

Strutture interessate:

- accettazione; tutte le aree cliniche; Direzione Sanitaria di Presidio e Direzione Sanitaria.
- Acquisizione del consenso informato ed il trattamento dei dati personali.

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

11.2 L'esercizio della libera professione

Con regolamento aziendale, approvato con delibera n° 65 del 15/02/2018, è disciplinata 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.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Rispetto del Regolamento ALPI	Direttore U.O.C. Direzione Medica di Presidio Unico	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in 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
Rispetto del Regolamento ALPI	Direttore U.O.C. Direzione Medica di Presidio Unico in collaborazione con U.O.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI	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
Informatizzazione delle agende di prenotazione	Direzione Medica del presiodio unico	Evitare favoritismi che eludano le liste d'attesa delle prestazioni di ricovero istituzionale, attraverso la trasparenza delle liste d'attesa	Sistema di controllo e gestione informatizzata delle liste d'attesa	Report delle liste con indicazione del numero delle chiamate fuori programmazione	Annuale	RPCT 15/01di ciascun anno

11.3 Sperimentazione clinica

Comitato Etico

Rischio specifico:

- Indebita gestione dei fondi.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni	Comitato etico Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Far fronte ad eventuali rischi di maladministration nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di sponsorizzazione ed evitare potenziali conflitti di interesse	rispetto dei regolamenti in materia di sponsorizzazione e 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
Scheda per la sostenibilità del budget	Comitato etico	Far fronte ad eventuali rischi di maladministration nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di ricerca	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

11.4 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 PP.OO. Riuniti e Morelli

Nel 2019 in ossequio alla Legge Regionale del 29 novembre concernente "Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria" , il GOM con nota prot. n. 0026269 del 24/12/2019 del Direttore Sanitario del Presidio Unico ha delineato le azioni da adottare in caso di decesso all'interno del nosocomio.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero	Direttori di Direzione Medica dei PP.OO.	Prevenire il rischio di conflitto di interessi, favoritismi e abusi nei processi dell'area tanatologica	Monitoraggio sull'attività degli operatori del tanatologico	Report annuale circa gli incarichi affidati dai parenti alle pompe funebri e segnalazione e denunce presentate alle DM 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

11.5 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 alle Delibere del Commissario Straordinario n. 757 del 30/10/2020 e 776 del 11/11/2020 .

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Programmazione dei fabbisogni di farmaci	Direttore di Farmacia	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di servizi e forniture	Report sugli acquisti in economia riportante: fornitore tipologia di fornitura, valore rispetto al totale degli acquisti	Presentazione del report	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
Gestione Informatizzata del magazzino U.O.C. Farmacia	Direttore di Farmacia	Rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-reparto, consentendo anche la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/ utilizzo di risorse	Predisposizione di un report indicante le richieste di reparto, le quantità evase e gli eventuali resi	Presentazione del report	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
Direzione Medica di Presidio	Direttori Medici di presidio e Direttori di Dipartimento	Valutazione integrata e autorizzazione all'acquisto di nuovi dispositivi medici	Predisposizione di una relazione sull'attività svolta	Presentazione della relazione	annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno

12. IL PIANO DELLA PERFORMANCE : Collegamento con il Piano di Anticorruzione e Trasparenza

Il piano della performance è il documento di programmazione triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi strategici, gli indicatori ed i valori attesi di tutte le articolazioni aziendali, in coerenza con le politiche sanitarie regionali e finalizzato all'attuazione e misurazione degli obiettivi.

La disciplina della prevenzione della corruzione e della trasparenza è un'aria strategica della programmazione aziendale contenente gli interventi di carattere generale finalizzati alla prevenzione di fatti corruttivi.

L'art. 44 del D.Lgs n. 33/2013 prevede la necessità di un coordinamento tra gli obiettivi previsti nel programma triennale del PTPCT e quelli indicati nel Piano della Performance.

I precedenti PNA e da ultimo il PNA 2019 ribadiscono infatti "l'importanza di coordinare il sistema di gestione del rischio di corruzione con il ciclo della Performance attraverso l'introduzione, sottoforma di obiettivi sia di performance individuale che organizzativa, delle attività svolte dall'amministrazione per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del PTPCT.

In fase di rendicontazione e valutazione dei risultati, il coordinamento con il ciclo della performance dovrà avvenire sotto il duplice aspetto dell'indicazione, all'interno della relazione della performance, dei risultati raggiunti in termini di obiettivi per la prevenzione della corruzione e per gli adempimenti di cui al D. Lgs.vo 33/2013 , che incidono in termini di valutazione della performance organizzativa ed individuale" – PNA 2019.

13. WHISTLEBLOWING - TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALA ILLECITI Legge N.170 del 30/11/2017

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 ANAC n. 6 "linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistlebower)".

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. 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'ANAC, 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. 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 whistlebower
- Sottrazione della denuncia al diritto di accesso ex L. 241/90.

Dal 03/09/2020 è in n vigore il nuovo Regolamento per la gestione delle segnalazioni e per l'esercizio del potere sanzionatorio

Il nuovo Regolamento in materia di tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro (all'art. 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001) pubblicato nella Gazzetta Ufficiale (GU - Serie Generale n. 205 del 18.08.2020), provvede a modificare l'intera struttura del Regolamento per consentire all'Autorità Nazionale Anticorruzione di esercitare il potere sanzionatorio in modo più efficiente e celere e per svolgere un ruolo attivo nell'opera di emersione di fatti illeciti commessi nelle amministrazioni pubbliche. Ecco le principali novità approvate il 1°luglio 2020 con la Delibera n. 690.

Sono state distinte le quattro tipologie di procedimento:

il procedimento di gestione delle segnalazioni di illeciti (presentate ai sensi del co. 1 dell'art. 54-*bis*);
il procedimento sanzionatorio per l'accertamento dell'avvenuta adozione di misure ritorsive (avviato ai sensi del co. 6 primo periodo dell'art. 54-*bis*,);

il procedimento sanzionatorio per l'accertamento dell'inerzia del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) nello svolgimento di attività di verifica e analisi delle segnalazioni di illeciti (co. 6 terzo periodo dell'art. 54-*bis*);

il procedimento sanzionatorio per l'accertamento dell'assenza di procedure per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni (co. 6 secondo periodo dell'art. 54-*bis*)

In linea con l'impostazione, il Regolamento è strutturato in cinque Capi. Ecco le più importanti novità :

Il primo Capo è dedicato alle definizioni: la principale novità qui introdotta riguarda l'art. 1 relativo alle definizioni; in particolare, alla lett. *k)* del citato articolo, è stata fornita una nozione di misura ritorsiva più ampia rispetto a quella prevista dal Regolamento previgente ma, si ritiene, più in linea sia con le Linee Guida sia con la nuova Direttiva europea in materia di *whistleblowing*.

Il secondo Capo disciplina il procedimento di gestione delle segnalazioni di illeciti o di irregolarità trasmesse ad Anac ai sensi dell'art. 54-*bis*, comma 1. Le principali novità proposte riguardano l'introduzione di una analitica indicazione degli elementi essenziali della segnalazione di illeciti;

Il terzo Capo concerne la disciplina relativa al procedimento sanzionatorio avviato sulla base delle comunicazioni di misure ritorsive. In particolare, si è deciso di introdurre una analitica indicazione degli elementi essenziali delle comunicazioni delle misure ritorsive e di regolamentare la facoltà dell'Ufficio di richiedere integrazioni documentali o informative laddove sia necessario acquisire elementi ulteriori rispetto a quelli contenuti nella comunicazione. Inoltre, si è ritenuto di modificare la disciplina relativa alla fase istruttoria, disciplinando la partecipazione del *whistleblower* al procedimento sanzionatorio avviato dall'Autorità e snellendo l'articolazione del procedimento stesso.

Il quarto Capo è dedicato al procedimento sanzionatorio semplificato. In particolare, è stato regolamentato in maniera puntuale il procedimento che l'Autorità può avviare ai sensi dell'art. 54-*bis* co. 6 secondo periodo.

L'ultimo Capo è dedicato alle disposizioni finali: in particolare, è stato stabilito, mediante la previsione di una norma transitoria, che il "*Regolamento troverà applicazione ai procedimenti sanzionatori avviati successivamente alla sua entrata in vigore*".

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione Programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Whistleblowing	RPCT	Gestione delle segnalazioni	Relazione annuale inviata in Regione Calabria	Invio della Relazione nel rispetto dei tempi indicati da Regione Calabria	Annuale	RPCT 15/01/ di ciascun anno

13.1 Segnalazioni Anonime

La rilevanza di tali segnalazioni è limitata all' ipotesi in cui queste si presentino adeguatamente 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, procedimenti o eventi particolari ecc.); verranno esaminate soltanto in presenza di queste caratteristiche.

13.2 Segnalazioni Spontanee

Tutti i dipendenti del GOM possono inoltrare all'RPC segnalazioni di comportamenti che siano percepiti quali fatti corruttivi.
Le segnalazioni possono essere inoltrate utilizzando l'indirizzo anticorruzione@ospedalerc.it .

14. PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DEL RPC – 2021

- Giornata sull'anticorruzione e presentazione del PTPC
- Diffusione del Piano Triennale a tutti i dipendenti;
- Verifica adempimenti sulla dichiarazione pubblica di interessi PNA 2016;
- Incontri con i responsabili/referenti;
- Incontri con la Commissione per la Performance;
- Collaborazione con l'OIV per l'individuazione di ulteriori misure anticorruzione;
- Attività di formazione per i responsabili del sito aziendale e per l'accesso agli atti.
- Attività di formazione per i referenti aziendali per l'anticorruzione;
- Modulistica per il monitoraggio periodico sulle criticità;
- Modulistica per il monitoraggio sull'accesso agli atti;
- Attività di controllo per l'osservanza del" Protocollo di Legalità";
- Redazione regolamento Whistleblowing.
- Predisposizione di un sistema di verifiche incrociato con la UOC Gestione Economica e Finanziaria per effettuare controlli sulle attività libero professionali con report mensili comparativi;
- Controllo rispetto dei termini dei pagamenti ai fornitori;
- Verifica dei tassi di assenza con report bimestrali;
- Controllo comparativo tra le liste d'attesa e l'attività libero professionale;
- Attività di controllo sugli interventi chirurgici in elezione;
- Rotazione del personale della sala mortuaria;
- Misure alternative per effettuare la rotazione ordinaria;
- Modulistica per le cause di inconferibilità ed incompatibilità.

Per una migliore e costante attività di controllo e prevenzione della Corruzione il RPC predisporrà un calendario di riunioni, con i soggetti individuati nel presente piano quali referenti.
Al fine di agevolare una adeguata sintesi delle attività da monitorare periodicamente, il RPC redigerà apposita modulistica che verrà distribuita a tutte le UOC amministrative, sanitarie, tecniche e professionali del GOM.
Ciò renderà più agevoli ed immediati gli interventi che il RPC riterrà opportuno adottare.
In ottemperanza a quanto predisposto dal PNA 2016 – piattaforma AGENAS- sono previsti incontri per sensibilizzare i destinatari sull'importanza della redazione e aggiornamento delle schede, quale valido strumento di prevenzione della corruzione.

15. SANZIONI

L'inosservanza del PTPC comporta l'irrogazione di sanzioni pecuniarie e l'avvio di procedimenti disciplinari.

16. DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI - MODULISTICA PNA 2016

Il PNA 2016 ha previsto apposita modulistica da compilare a cura dei professionisti appartenenti all'area sanitaria ed amministrativa - individuando quali soggetti tenuti alla compilazione della dichiarazione da rendere, secondo le disposizioni ANAC, quelli su cui grava la responsabilità nella gestione delle risorse e l'applicazione della normativa in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione.

17. DEFINIZIONE DI TRASPARENZA

Il D. Lgs. n. 150/2009 e il D. Lgs. n. 33/2013 hanno introdotto una nuova nozione di "trasparenza" intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sull'utilizzo delle risorse pubbliche per il perseguimento delle funzioni istituzionali.
La Legge n. 190/2012 ha sottolineato, con vari interventi, l'importanza della trasparenza in funzione di strumento per la prevenzione della corruzione, ampliandone sia l'ambito soggettivo che l'ambito oggettivo, prevedendo un codice di riordino delle numerose disposizioni in materia, nella prospettiva della massima diffusione della trasparenza dell'azione amministrativa intesa come strumento che svolge una efficace funzione dissuasiva rispetto a fenomeni di cattiva gestione delle risorse pubbliche.
Per tale motivo il Dlgs n° 150/2009 ha introdotto una serie di strumenti obbligatori ed in particolare, tra questi, l'art. 11 co.8 lettera a) ha previsto l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di adottare e pubblicare sul proprio sito internet un programma triennale per la trasparenza e l'integrità, in quanto mezzo attraverso cui prevenire varie forme di illecito e di conflitto di interessi.
La materia è stata ulteriormente regolata dal Dlgs 14/03/2013, n° 33 "riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".
Il decreto n° 33/13 è stato modificato dal Dlgs 97/2016 che ha introdotto nuovi obblighi e rafforzato l'accesso civico agli atti pubblici aggiungendo all'accesso civico semplice (FOIA), l'accesso generalizzato.

17.1 Finalità – Obiettivi

La trasparenza persegue come finalità quella di:

- Controllare ogni fase del ciclo di gestione della performance dell'amministrazione per consentirne il miglioramento;
- assicurare la conoscenza, da parte dei cittadini, dei servizi resi dalle amministrazioni, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché delle loro modalità di erogazione;
- prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità.

Con il programma s'intende garantire un duplice profilo di trasparenza dell'azione amministrativa:

1. **Profilo statico:** consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'Azienda per finalità di controllo sociale da parte della cittadinanza e degli utenti in generale;

2. **Profilo dinamico:** consistente nel monitoraggio e aggiornamento nell'ottica del miglioramento continuo dei servizi pubblici direttamente collegato al ciclo della performance, anche grazie alla partecipazione dei portatori di interesse dell'Azienda (stakeholder).

17.2 Procedimento di elaborazione del Programma

IL Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria (di seguito G.O.M.) con l'adozione del presente Programma intende favorire un'applicazione omogenea delle disposizioni e dei principi contenuti, per le parti applicabili, nella legislazione in materia di trasparenza. In tale ottica l'Azienda ispira la propria attività e il proprio sistema di gestione dell'organizzazione del lavoro "alla garanzia della trasparenza, anche attraverso la pubblicazione sul sito web, di documenti idonei a rappresentare gli aspetti dell'attività amministrativa, dell'organizzazione aziendale e delle varie fasi del ciclo di gestione e della valutazione dei risultati".
Il principio della trasparenza e dell'accesso agli atti della P.A. deve avvenire nel rispetto della protezione dei dati delle persone fisiche, secondo le disposizioni del Dlgs n° 101/18 – Codice in materia di protezione dei dati personali .
Il GOM con delibera n° 292 del 24/05/2018 ha conferito l'incarico al DR Gulli Carmelo.
La pubblicazione dei dati sul portale web dell'Azienda deve essere costantemente aggiornata al fine di garantirne la veridicità e l'adeguamento alle innovazioni normative o amministrative intervenute, nonché il miglioramento in termini di qualità dei contenuti e di visibilità degli stessi.
La pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance anche
grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse -stakeholder- sia interni che esterni.

17.3 Adozione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità

Il GOM ha integrato il PCPT con il presente piano triennale della Trasparenza ed Integrità, considerata la determinazione ANAC n° 12 del 28 ottobre 2015, - PNA 2016. L'attuazione del Programma è riservata ai Dirigenti/Responsabili delle strutture competenti per materia, i quali hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'usabilità del singolo dato e pubblicarlo sul sito internet aziendale all'interno dell'area dedicata alla "Amministrazione Trasparente".
Il Responsabile della trasparenza e dell'integrità monitora l'attuazione del Programma e qualora rilevi eventuali ritardi o inadempienze ne riferisce alla Direzione Strategica del GOM per l'adozione delle necessarie misure correttive e all' OIV ai fini delle determinazioni da assumere in fase di valutazione degli

obiettivi individuali, nella corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio nei confronti dei soggetti inadempienti.

17.4 Responsabile per la Trasparenza e Integrità – Attività

Il Responsabile per la trasparenza e l'integrità è il soggetto preposto in Azienda all'applicazione di quanto prescritto dal Decreto Legislativo n. 150/2009 e dal Decreto Legislativo n. 33/2013, e svolge le seguenti attività:

- Svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- Aggiornare il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;
- Prevedere all'interno del Programma specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- Controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dalla vigente normativa;
- Segnalare al vertice dell'Amministrazione, all'OIV, all'ANAC ed all'ufficio Procedimenti Disciplinari, in relazione alla loro gravità, i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

<u>Finalità della segnalazione:</u>

a. All'Ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;

b. Alla Direzione Strategica e all' OIV per la rilevazione di responsabilità .

In particolare il RPTC vigila, mediante verifica a campione, affinché siano pubblicate a cura dei Dirigenti/Responsabili di struttura le informazioni relative ai procedimenti amministrativi nel rispetto dei termini stabiliti ai sensi dell'art. 43 co. 3 del Dlgs 33/2013 e s.m.i. e dell'allegato 1 della delibera ANAC 1310/2016.
Accanto al Responsabile, tutti i Dirigenti delle articolazioni del G.O.M. garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare .

17.5 Attivita' in programmazione

- Giornata sulla trasparenza
- Emanazioni di circolari di informativa e direttive sui nuovi obblighi di pubblicazione dei dati;
- Calendarizzazione di incontri con i referenti delle UOC per il controllo periodico che consenta all' RPTT interventi immediati;
- Attività formazione referenti
- Predisposizione questionario di gradimento sui servizi sanitari.

Le attività del Responsabile si articoleranno ulteriormente a seguito di verifica periodica dell'attuazione del Piano.

17.6 Soggetti

Il Responsabile della trasparenza e dell'integrità svolge attività di controllo sull'adempimento da parte del G.O.M. degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, promuove e cura il coinvolgimento di tutte le strutture interne dell'Amministrazione.

Al fine di migliorare il livello di trasparenza in Azienda, i Referenti coadiuvano il Responsabile per la trasparenza e l'integrità.

Sono Referenti tutti i Direttori delle Strutture tenute alla pubblicazione dati.

Tali soggetti svolgono un ruolo fondamentale nell'individuazione dei contenuti del programma, poiché rappresentano le unità operative deputate alla produzione dei dati. Essi ne attestano la veridicità, la congruenza e la correttezza;

- I referenti delle diverse strutture garantiscono, ai sensi dell'art. 43 D.L.gs n. 33/13, il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare nei termini stabiliti dalla legge, a pena delle applicazioni delle sanzioni di cui all'art.47 del D.L.gs. 33/13.

Ai predetti Referenti sono attribuiti i seguenti compiti e responsabilità all'interno dell'Unità Organizzativa o Struttura di assegnazione:

- Coordinare le attività connesse alla trasparenza della propria Unità Organizzativa o Struttura;
- Garantire il tempestivo e regolare flusso di informazioni e di provvedimenti/atti/documenti;
- Garantire la pubblicazione sul sito internet – Amministrazione Trasparente – di provvedimenti atti e documenti nei termini stabiliti dalla legge.

All'interno di ogni struttura i Direttori delle UOC interessate nominano un Responsabile del sito Aziendale per la pubblicazione ed un Referente per l'accesso agli atti i cui nominativi sono pubblicati nel PTPCT e sul sito aziendale.

17.7 Dati da Pubblicare

Ai sensi della normativa vigente devono essere pubblicati nel sito istituzionale dell'Azienda:

- Documenti;
- Informazioni;
- Dati riguardanti l'attività dell'Ente

I documenti contenenti atti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati tempestivamente, a cura dei referenti, secondo le tempistiche previste nel Decreto Legislativo n. 33/2013 e all'allegato 1 delibera ANAC 1310/2016.
Preliminarmente alla pubblicazione è necessario tenere in considerazione la normativa inerente la protezione dei dati personali poiché è necessario garantire oltre la trasparenza anche la riservatezza.

Per quanto concerne i dati sensibili e quelli giudiziari, verrà prestata particolare attenzione alla modalità di pubblicazione, fermo restando l'assoluto divieto di pubblicare i dati inerenti lo stato di salute e le disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di segreto statistico.

Sperimentazione clinica
Il D. Lgs.vo n. 52/2019 , Legge di bilancio n. 160/2020, per assicurare la trasparenza nella gestione della sperimentazione clinica (Legge n. 3/2018) richiede che sul sito istituzionale del centro clinico sia prevista un'apposita sezione dedicata alla trasparenza, in cui, in conformità ai principi di cui al D. Lgs.vo n. 33/2013, siano resi pubblici i nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nella sperimentazione e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti.

17.8 Durata della pubblicazione

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria rimangono pubblicati per cinque anni, decorrenti dal 1 gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, salvo diverse disposizioni di legge.

17.9 Requisiti dei dati pubblicati

I dati, le informazioni e i documenti devono essere pubblicati sul portale web del GOM rispettando i seguenti requisiti:

- Integrità;
- Completezza;
- Aggiornamento;
- Tempestività;

- Comprensibilità;
- Semplicità di consultazione;
- Omogeneità;
- Accessibilità;
- Conformità agli originali;
- Indicazione della provenienza;
- Riutilizzabilità, senza altre restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e rispettarne l'integrità;
- Forma "aperta" dei file pubblicati ai sensi dell'art. 68 del Dlgs 82/2005.

Per forma aperta si intende che i dati devono essere resi disponibili e fruibili online, in formati non proprietari, per permetterne il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la ridistribuzione senza ulteriori restrizioni d'uso, o di diffusione, diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità

17.10 Attuazione del Programma

Il Programma per la trasparenza e l'integrità richiede un'attività di monitoraggio periodico sia da parte della stessa Amministrazione (monitoraggio interno) sia da parte dell' OIV.

18. MONITORAGGIO INTERNO

Il Responsabile per la Trasparenza, attraverso la Sezione *"Amministrazione Trasparente"* vigila sul rispetto degli obblighi in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni e verifica l'effettiva attuazione del Programma. Il Responsabile, per assicurare gli adempimenti previsti dalla Legge e, più in generale, il raggiungimento delle finalità della Legge n. 190/2012 e del Decreto Legislativo n. 33/2013, provvederà, ad adottare le necessarie misure organizzative. Ad esso sono, altresì, attribuiti poteri di impulso.

Al fine di una più efficace vigilanza sulle attività, il Responsabile si avvarrà del supporto e del contributo dei Referenti per la Prevenzione della Corruzione i quali dovranno presentare un report dettagliato (15 Luglio e 31 Dicembre di ciascun anno) e rilevazione delle criticità ai sensi del D.Lgs.vo n. 33 /2013.

Il Responsabile coopererà con l'OIV. La verifica dell'ottemperanza dell'obbligo di pubblicità obbligatoria sarà effettuata dal Responsabile per la Trasparenza, a campione, attraverso la navigazione della sezione *"Amministrazione Trasparente",* colloqui con i Responsabili per materia, *audit* anche documentali.

Al fine di garantire che le attività di pubblicità obbligatorie siano correttamente svolte, il Responsabile per la Trasparenza si avvale per alla verifica della regolare immissione dati di tutte le UU.OO.CC. del G.O.M. , dei collaboratori di seguito elencati :

- Dr.ssa Tiziana D'Agostino , - Ufficio Anticorruzione e Trasparenza.
- Dott. Simeone Carullo, - Referente aziendale del sito Amministrazione Trasparente per l' Area Amministrativa Tecnico-Professionale
- Dott. Santo Laganà - Referente aziendale del sito Amministrazione Trasparente per l' Area Sanitaria.

18.1 Monitoraggio dell' OIV

L' Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), così come previsto dalla vigente normativa, verifica:

- La coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma per la trasparenze l'integrità e quelli indicati nel Piano delle Performance;
- L'adeguatezza dei relativi indicatori;
- In particolare l'OIV promuove l'assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo la scheda standard predisposta dall'ANAC per il monitoraggio di primo livello;
- I risultati dei controlli confluiscono nella Relazione annuale che l'OIV deve presentare agli organi politico-amministrativi dell'Amministrazione. L'audit svolta dall'OIV è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dalle disposizioni del D.L.gs n. 33/13.

18.2 Stakeholders

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

Sono attivi i seguenti canali:

- Telefonico (disponibilità di numeri verdi, numeri diretti dei servizi);
- E-mail dei servizi e dei centri di attività;
- PEC;
- URP (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.

19. ACCESSO AGLI ATTI - TIPOLOGIE

19.1 Accesso ex Legge 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'ANAC, 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 33/2013 (art.5) e dall'accesso generalizzato ex D. lgs 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016 (art.5,co2).

19.2 Accesso civico "Semplice" ex d.lgs. 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.
Con l'accesso civico il legislatore riconosce a chiunque la facoltà di vigilare, attraverso il sito *web* istituzionale sul rispetto da parte della pubblica amministrazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni.

Per l'esercizio di tale diritto il GOM ha predisposto apposita modulistica che pubblicherà sul sito: Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Accesso Civico. La richiesta di accesso non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e deve essere presentata al responsabile della Trasparenza secondo quanto statuito dal art. 5 del succitato D.Lgs33/13

19.3 Accesso Civico Generalizzato ex d.lgs 33/2013 modificato d.lgs97/2016, art.5, c.2 - FOIA

Il G.O.M. ha pubblicato nel 2017 il regolamento sull'accesso agli atti amministrativi corredato di apposita modulistica.
Il D.Lgs. 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-FOIA) delineato nell'art. 5, comma 2 e disciplinato dalle Linee Guida del''ANAC con delibera n. 1309 del 28/12/2016 "Linee Guida recanti indicazioni operative al fine della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5,c. 2 del D.Lgs. 33/2013.
Tale tipologia di accesso 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 nuovo istituto prevede il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 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.
Il provvedimento di accesso generalizzato deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione del termine dell'istanza da inviare all'Amministrazione secondo le modalità individuate dalla Linea Guida ANAC n. 1309/2016.
In caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato il richiedente può presentare richiesta di riesame al

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni dall'istanza di riesame.
In ogni caso, a fronte del rifiuto espresso, del differimento o dell'inerzia dell'amministrazione il richiedente può attivare la tutela giurisdizionale davanti al giudice amministrativo.
Il G.O.M. di Reggio Calabria, adotta le misure organizzative necessarie al fine di assicurare l'efficacia di tale istituto e il coordinamento delle risposte sui diversi tipi di accesso e pubblica nella sezione " Amministrazione Trasparente", le modalità e il procedimento per l'accesso generalizzato.
L'art. 5, co.7, Dlgs 33/2013 :
"nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di 20 giorni".
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@ospedalerc.it
anticorruzione@ospedalerc.it

20. LA GIORNATA DELLA TRASPARENZA

Il GOM, il 18 dicembre 2020, ha organizzato la Giornata sulla Trasparenza, in modalità a distanza a causa delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid 19 trattando, tra l'altro, le novità di cui alla Legge di Bilancio 2020.
La Stessa è in programma anche per l'anno 2021 al fine di presentare il piano a tutti gli *stakeholder* quale momento di confronto atto a garantire alcuni degli obiettivi fondamentali della Trasparenza*:*

- La partecipazione dei cittadini per individuare informazioni di concreto interesse per gli utenti;
- Il coinvolgimento dei cittadini nell'attività dell'amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi ed il controllo sociale sulla stessa.

Il piano Triennale per la Trasparenza ed Integrità verrà aggiornato qualora intervengano mutamenti significativi all'interno dell'azienda e sarà, inoltre, periodicamente integrato dalle indicazioni fornite dalla Funzione Pubblica e dall'ANAC.

21. OBBLIGHI DI AGGIORNAMENTO

Ciascuna unità organizzativa deve provvedere al periodico aggiornamento di documenti, dati, informazioni da pubblicare sulla sezione web "Amministrazione Trasparente" secondo le modalità previste nella "tabella obblighi di pubblicazione" di cui al dlgs n.33/2013 e all'allegato 1 della delibera ANAC 1310/2016, pubblicato unitamente al presente piano.

22. LEGGE DI STABILITA' 2016

A seguito dell'entrata in vigore della legge di stabilità 2016, dovranno essere pubblicati nel loro testo integrale tutti i contratti stipulati in esecuzione del programma triennale e suoi aggiornamenti, fatta salva la tutela di informazioni riservate di proprietà del committente o fornitore di beni e servizi.

Tale obbligo si applica anche ai contratti in corso alla data in vigore della Legge di Stabilità aventi ad oggetto la fornitura di beni e servizi di importo superiore al milione di euro.

In esecuzione all'art.1, c.522, della legge di stabilità 2016, il Direttore della UOC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, dovrà pubblicare, nell'apposita sezione del sito istituzionale -Amministrazione Trasparente - entro 60 giorni dall'approvazione -il bilancio in forma integrale, anche avvalendosi di rappresentazioni grafiche.

23. FLUSSO INFORMATIVO

I dirigenti responsabili delle Strutture dei servizi dell'Azienda devono garantire il regolare flusso delle informazioni da pubblicare, ai sensi dell'art. 43, comma 3, D.Lgs. n.33/2013, con la seguente operatività.
Ogni Struttura, Servizio, Ufficio, Unità Organizzativa individuata competente per l'elaborazione di un documento, contenente anche informazioni e dati, oggetto di pubblicazione, è tenuta a predisporre i necessari file in formato aperto.
Ogni informazione, dato o documento inserito nella sezione - Amministrazione Trasparente - deve essere aggiornato, nei tempi previsti, a cura della medesima UOC competente.
Dovranno essere indicate le motivazioni circa la modifica o sostituzione di file già pubblicati.

24. DATI ULTERIORI

Art. 4, comma 3, del decreto d.lgs n.33/2013 "Le pubbliche amministrazioni possono disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del presente decreto o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento".
Alla luce di tale disposizione ogni amministrazione può pubblicare sul sito " Amministrazione Trasparente" altri contenuti non riconducibili alle categorie di dati la cui pubblicazione è obbligatoria.

25. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI PER L'ARCHIVIAZIONE E LA TRASMISSIONE DEI DATI.

Non esiste una banca dati centralizzata, i dati sono in capo alle singole strutture.
Permangono comunque archivi cartacei.
I dati vengono trasmessi al referente tramite protocollo informatico ovvero attraverso la posta elettronica aziendale. Gli stessi vengono caricati nella sezione o sottosezione apposita secondo le tempistiche indicate dalla normativa. La pubblicazione dei dati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale del G.O.M. avviene attraverso il portale amministrativo dello stesso (CMS).
Per completezza d'informazione, si informa che esistono sistemi speciali di trasmissione dei dati con le seguenti istituzioni: in ossequio a quanto disposto nel "Protocollo di Legalità per la prevenzione degli atti corruttivi" con la Prefettura di Reggio Calabria è stato prodotto un collegamento ipertestuale, protetto da maschera di login, per la consultazione diretta dei dati oggetto del Protocollo stesso. Un sistema analogo viene utilizzato per la trasmissione dei dati all'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici.

25.1 Sistemi per la rilevazione quantitativa e qualitativa degli accessi alla sezione "amministrazione trasparente"

La piattaforma web è dotata di un sistema di monitoraggio automatizzato. La "Webgenesys S.r.l.", che gestisce il portale web del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria, invia periodicamente una comunicazione con i dettagli sull'andamento del servizio e le statistiche di maggior interesse. Nel report mensile viene inoltre specificato il tempo medio di navigazione.
Relativamente alla rilevazione qualitativa s'informa che esiste sull'header del sito web il c.d. "Filo Diretto", un form collegato ad una mail istituzionale, per raccogliere l'indice di gradimento nonché consigli o lamentele da parte di cittadini e associazioni.
Inoltre, al fine di garantire un adeguato monitoraggio, il referente del dipartimento amministrativo per la pubblicazione, su indicazione del Responsabile della Trasparenza, effettua una ricognizione periodica, fatto salvo che è compito del referente di ogni singola U.O.C. monitorare l'attività della propria unità in relazione agli obblighi di trasparenza.

26. SANZIONI

E' previsto un sistema sanzionatorio per i vari casi di inadempimento agli obblighi di pubblicazione, articolato nelle norme riferite alle specifiche tipologie: fattispecie potenzialmente riferibili alle Aziende Sanitarie

*Norma generale – Violazione degli obblighi di trasparenza (*art. 46)

E' prevista per mancata predisposizione del Programma triennale e per inadempimento agli obblighi di pubblicazione. Possono costituire a carico di dirigenti e funzionari:

- Sanzione pecuniaria da 1.000 a 10.000 euro (art. 19, comma 5 lett. B, d.l. n. 90/2014 convertito con legge n. 114/2014;
- Elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale;
- Valutazione ai fini della retribuzione accessoria collegata alla performance individuale.

Norma specifica - Obblighi di pubblicazione per incarichi dirigenziali e di collaborazione (art.15)

Per omessa pubblicazione dei dati relativi ad atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti estranei alla pubblica amministrazione o di incarichi di collaborazione o consulenza a soggetti esterni, con previsione di compensi, le conseguenze previste a carico di dirigenti e funzionari, qualora siano stati pagati corrispettivi:

- Responsabilità disciplinare;
- Applicazione di una sanzione pari alla somma corrisposta.

Norma specifica – Violazione obblighi di pubblicazione sulle partecipazione in società (art. 47,com 2)

La mancata pubblicazione dei dati previsti sulle partecipazioni, anche minoritarie, in società, come richieste dall'art. 22, comma 2 del decreto, comporta una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro a carico del responsabile della violazione.

Competenza ad irrogare sanzioni:

Il quadro nominativo specifico presenta alcune incertezze . nella legge 124/2015 (riforma pubblica amministrazione) all. 7, comma1 lett. G. si prevede delega legislativa per un intervento normativo che faccia chiarezza in ordine all'individuazione dei soggetti competenti all'irrogazione delle sanzioni per la violazione degli obblighi di trasparenza.
In attesa delle nuove norme, si ritiene di poter indicare quanto segue.
Le segnalazioni sono di competenza del Responsabile aziendale per la Trasparenza.
Per la fattispecie sottoposte a procedimento disciplinare, le relative sanzioni sono irrogate dall'Azienda; per le sanzioni pecuniarie dovrebbe operare la specifica norma prevista dall'art. 47, comma 3, ossia le sanzioni dall'autorità amministrativa competente in base a quanto previsto dalla legge n. 689/1981. Incertezza si rileva circa la competenza all'istruzione dei procedimenti, visti i potenziali destinatari delle sanzioni.
Il presente programma triennale è stato elaborato tenendo conto della determinazione ANAC n. 12 del 28-10-2015 e del PNA 2016 che, nell'evidenziare che la trasparenza è uno degli elementi portanti della politica anticorruzione impostata dalla L. 190/2012,

richiedono di inserire il programma per la trasparenza all'interno del PTPCT, come specifica sezione .
L'attuazione del programma triennale per la Trasparenza costituisce elemento di valutazione ai fini della performance dei dirigenti, ponendosi come punto centrale di valutazione

27. DISPOSIZIONE FINALE

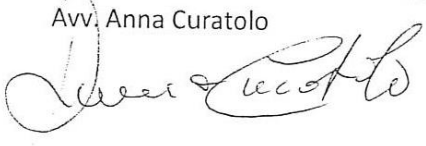
Il presente Piano approvato con delibera del Commissario Straordinario n.185 del 30/03/2021 è immediatamente eseguibile e sarà oggetto di modifiche ed integrazioni che seguiranno l' evoluzione normativa in materia e le modifiche che il nuovo Piano Aziendale apporterà all'organizzazione del GOM, in ossequio alle linee guida della Regione Calabria.
Seguirà la pubblicazione della nomina dei Referenti del Responsabile della Corruzione e Prevenzione sul sito Amministrazione Trasparente.

Il presente PTPCT è stato redatto in data 28/03/2021 dall'Avv. Anna Curatolo nominato RPCT giusta delibera n°. 1127 del 23 dicembre 2015 e con la collaborazione della Dr.ssa Tiziana D'Agostino.

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 RPCT
- Avv. Anna Curatolo-

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
Avv. Anna Curatolo