



**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
*Reggio Calabria*



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie*

# **PIANO TRIENNALE 2020/2022 PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA**



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

## PRESENTAZIONE DEL GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO " BIANCHI MELACRINO MORELLI"

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'organizzazione del funzionamento del GOM sono disciplinati dall'atto aziendale approvato con delibera n° 412 del 04/05/2016 e successivamente riapprovazione Atto Aziendale con delibera n.° 578 del 19/07/2016 (modifica deliberazione n. 412 del 04/05/2016).

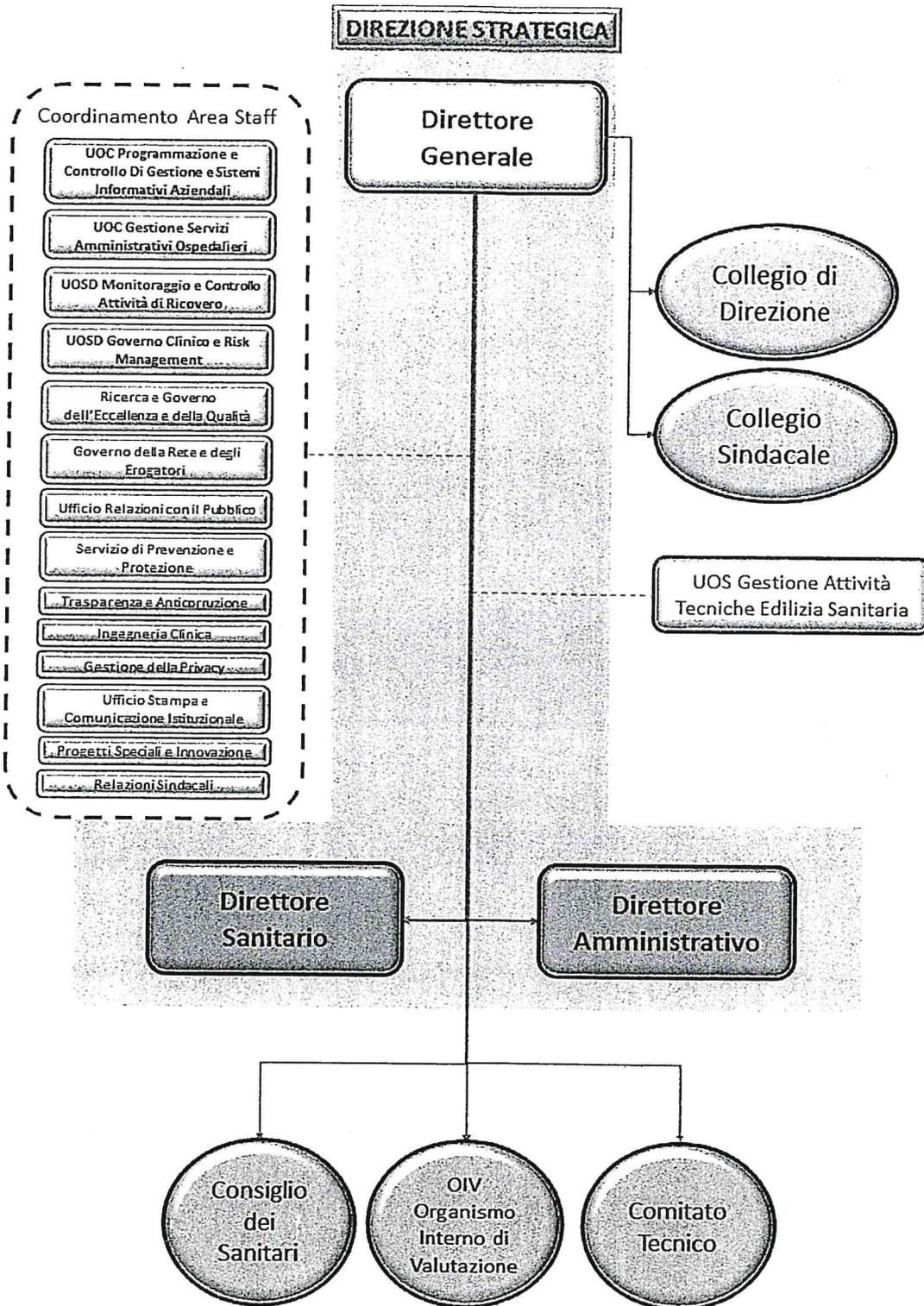
La sede legale è sita in via Provinciale Spirito Santo n° 24 – Reggio Calabria;  
le attività sanitarie sono distribuite su due presidi ospedalieri:

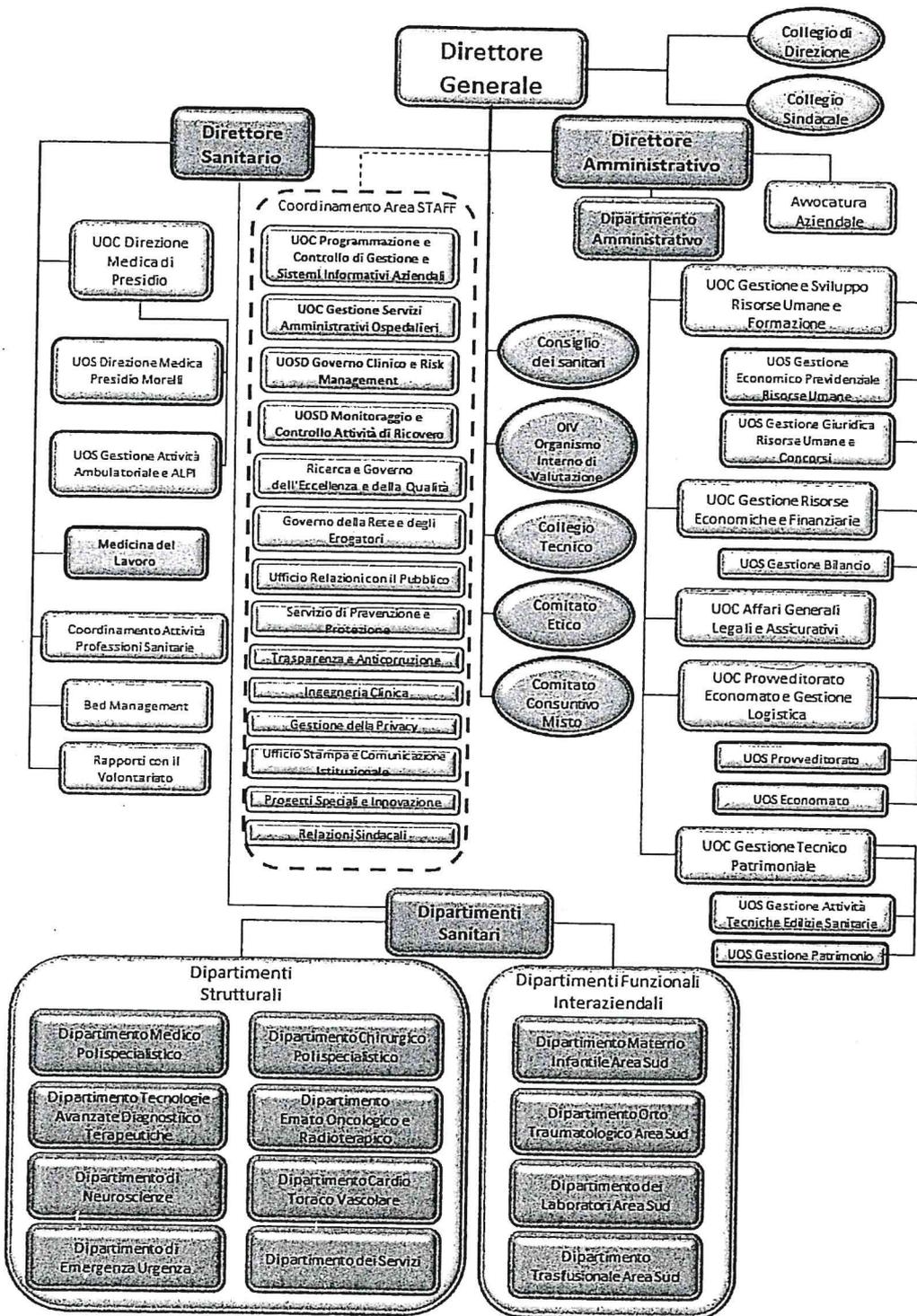
- Presidio Ospedaliero " F. Bianchi e G.Melacrino", comunemente denominato " Presidio Riuniti" – via Giuseppe Melacrino n° 21 – 89124 Reggio Calabria;
- Presidio Ospedaliero " Eugenio Morelli" – viale Europa – 89133 Reggio Calabria.

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.







S ERVIZIO  
S ANITARIO  
R EGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

## PIANO TRIENNALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2020-2022

### INDICE GENERALE

Normativa ed atti dello Stato	pag. 5
PNA 2019	pag. 7
Organi di riferimento nazionale	pag. 7
Organi di riferimento della Pubblica Amministrazione	pag. 7
Concetto di corruzione	pag. 8
Ambito della Prevenzione e Reati da prevenire	pag. 8
Conflitto di interessi	pag. 10
Inconferibilità ed Incompatibilità	pag. 11
Codice di Comportamento	pag. 13
Soggetti ruoli e responsabilità	pag. 13
Responsabile Prevenzione e Corruzione - Funzione e Compiti	pag. 18
<u>Strumenti di prevenzione</u>	pag. 22
<u>Monitoraggio dei termini</u>	pag. 22
<u>Formazione</u>	pag. 22
<u>Rotazione degli incarichi nelle aree a rischio di corruzione</u>	pag. 23
<u>PTPC – oggetto e finalità del piano</u>	pag. 25
<u>Mappatura dei rischi – Individuazione dei processi</u>	pag. 25
<u>Monitoraggio – Aree a rischio</u>	pag. 26
<u>Aree di rischio specifico</u>	pag. 29
<u>Tabelle mappatura del rischio e punteggi</u>	pag. 31
<u>Sistema di controllo aree a rischio generale</u>	pag. 34
<u>Sistema di controllo aree a rischio specifico</u>	pag. 34
<u>Collegamenti del Piano Anticorruzione e Trasparenza con il Piano della Performance</u>	pag. 35
<u>Wistleblowing – tutela del dipendente che segnala illeciti</u>	pag. 35
<u>Segnalazioni anonime</u>	pag. 37
<u>Segnalazioni spontanee</u>	pag. 37
<u>Programmazione attività del PRC - 2020</u>	pag. 37
<u>Sanzioni</u>	pag. 38
<u>Dichiarazione pubblica di interessi – modulistica PNA 2016</u>	pag. 38
<u>Disposizione finale</u>	pag. 39
<u>Definizione Trasparenza</u>	pag. 39
<u>Finalità – Obiettivi</u>	pag. 40

<u>Procedimento di elaborazione e adozione del programma</u>	pag. 40
<u>Adozione del programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità</u>	pag. 41
<u>Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità – Attività</u>	pag. 41
<u>Attività in programmazione</u>	pag. 42
<u>Soggetti</u>	pag. 43
<u>Dati da pubblicare</u>	pag. 44
<u>Durata della pubblicazione</u>	pag. 44
<u>Requisiti dei dati pubblicati</u>	pag. 44
<u>Attuazione del programma</u>	pag. 45
<u>Monitoraggio interno</u>	pag. 45
<u>Monitoraggio dell'OIV</u>	pag. 46
<u>Stakeholders</u>	pag. 46
<u>Accesso agli atti – tipologie</u>	pag. 47
<u>Accesso ex legge 241/90</u>	pag. 47
<u>Accesso civico semplice</u>	pag. 47
<u>Accesso civico generalizzato</u>	pag. 48
<u>La giornata della trasparenza</u>	pag. 49
<u>Obblighi di aggiornamento</u>	pag. 50
<u>Legge di stabilità 2016</u>	pag. 50
<u>Flusso informativo</u>	pag. 50
<u>Dati ulteriori</u>	pag. 51
<u>Sanzioni</u>	pag. 51
<u>comunicazioni</u>	pag. 53

## 1. NORMATIVA ED ATTI DELLO STATO

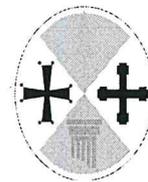
- L. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della pubblica amministrazione";
- Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013;
- Linee di indirizzo del Comitato interministeriale (DPCM 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte 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;



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

- 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 di 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. 18/6/2011, 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 soglie 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



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

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"

- o 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
- o Legge n° 3/2019- cd. Spazzacorrotti
- o Delibera ANAC n° 1064 del 13 novembre 2019 – PNA 2019-

## **2. 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).

## **3. 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. 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 così 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 "maladministration" 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.

## **6. 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 bisc.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.



S ERVIZIO  
S ANITARIO  
R EGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

## **7. 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.

#### **8. INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA' 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.lgs 8 aprile 2013, n° 39, recante "disposizione in materia di inconfiribilità 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 "*inconfiribilità*" 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 interpretazione e applicazione "Parere sull'interpretazione e sull'applicazione del D.Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario", le norme in questione si applicano, e le relative dichiarazioni devono essere rese dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dai componenti OIV.

Il principio che si evince dalla vigente normativa e che comunque, al di là dei soggetti sopra indicati, le disposizioni sulla incompatibilità si applicano nei confronti di coloro che hanno potere gestionale quali i Capi Dipartimento e Direttori di Struttura.

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 inconfiribilità 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, nonché 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.



## **9. 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 è redatto sulla base delle " Linee Guida per l'adozione dei codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale" approvate dall' ANAC con deliberazione n° 358 del 29/03/2017.

Il codice di comportamento del GOM è pubblicato alla sezione Amministrazione Trasparente ed è stato adottato con deliberazione n° 128 del 01/02/2016

## **10. 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.

### **Il Direttore Generale**

quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda: - designa il Responsabile della prevenzione della corruzione;

adotta il PTPC e i suoi aggiornamenti e li comunica al Dipartimento della funzione pubblica ed alla Regione interessata;

adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali – a mero titolo esemplificativo – i criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.



S ERVIZIO  
S ANITARIO  
R EGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

### Il Responsabile della Prevenzione e Corruzione

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.

### 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.

### L' Organismo Indipendente di Valutazione- (OIV)

Le funzioni dell' Organismo Indipendente di Valutazione sono esplicitate 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 performance 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



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

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.

#### **Collaboratori dell' RPTC – 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.

#### **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".

#### **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, così 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.

#### **Referenti interni alle UOC**

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)

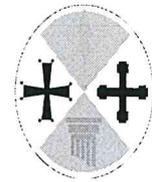
**Tali soggetti sono così individuati:**



**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

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

Responsabile Anticorruzione /Trasparenza	Avv. A. Curatolo
Referente Accesso agli Atti	Avv. A. Curatolo
Referente Pubblicazione UOC	Sig.ra P. Catanoso

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

Referente Anticorruzione	Sig.ra D. Cutrupi
Referente Accesso agli Atti	D.ssa G. Loreto
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	D.ssa G. Ambroggio
Referente Accesso agli Atti	Dott. F. Ferrara
Referente Pubblicazione UOC	D.ssa M. Bronzi

### **Direzione Sanitaria di Presidio**

Referente Anticorruzione	D.ssa M.A. Marino
Referente Accesso agli Atti	D.ssa E. Nasso
Referente Pubblicazione UOC	D.ssa M.A. Marino

### **Dipartimenti Sanitari**

Referente pubblicazione coordinamento e monitoraggio sito aziendale  
Dott. S. Laganà

### **Dipartimenti Amministrativi**

Referente pubblicazione coordinamento e monitoraggio sito aziendale  
Dott. S. Carullo

### 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).

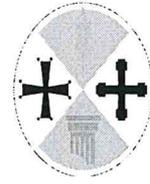
### 11. RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE – FUNZIONE E COMPITI

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 RPCT 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 inconfiribilità 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 inconfiribilità). 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".

### 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, così 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.

#### **Informazione da e verso il Responsabile della Prevenzione della Corruzione**

Nei confronti del responsabile della prevenzione debbono essere indirizzati adeguati flussi informativi così come previsto per l'Organismo di Vigilanza.

A tal fine, nella prima fase di applicazione del presente piano, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione verifica congiuntamente con l'Organismo di Vigilanza 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 dell'Organismo di Vigilanza.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione riferisce all'Organismo di Vigilanza di fatti ritenuti rilevanti che egli accerti nell'esercizio delle proprie funzioni.

All' RPCT devono pervenire i seguenti flussi informativi:

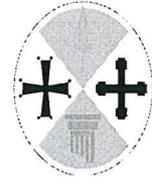
- Segnalazioni indirizzate alla Direzione Strategica, da parte del Organismo di Vigilanza, di accertamento di violazioni del Codice Etico-Comportamentale che



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

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 esaminate congiuntamente con l' Organismo di Vigilanza di violazioni al Codice Etico-Comportamentale non configurabili come ipotesi di reato;
- Segnalazioni, esaminate congiuntamente con l' Organismo di Vigilanza, di violazioni accertate del Codice Etico-Comportamentale che possano comportare l'insorgere di una responsabilità in capo all'Azienda.

### 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° 165 del 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 modificabili.

### Ufficio Procedimenti Disciplinari

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



## STRUMENTI DI PREVENZIONE

### 12. 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

### 13. 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 così 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.

#### **14. 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.

### **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) con cui sono attribuiti a soggetti diversi i compiti relativi a:

- 1) Svolgimento di istruttorie e accertamenti;
- 2) Adozione di decisioni;
- 3) Attuazione delle decisioni 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.

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.

La rotazione del personale: alcune unità sono state trasferite ma, per effettuare un vero processo di rotazione, il GOM dovrà prendere atto della messa in quiescenza, nel 2020, del personale in servizio presso le UOC ad elevato rischio corruttivo.

### **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.

### **15. 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.

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

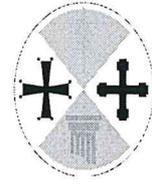
Il piano 2020/2022 della Prevenzione della Corruzione formalizza una prima mappatura con riferimento ai processi ritenuti a maggior rischio, sulla base delle caratteristiche degli stessi, analizzati in termini di probabilità e di impatto, valutando quindi la pericolosità dell'evento correlata alla gravità delle conseguenze.



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

Di seguito si evidenziano i macroprocessi oggetto della valutazione:

- 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 .

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

##### **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.

##### **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.

#### 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.

### Gestione Infrastrutture Tecnico e Patrimonio

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

### 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 analitica;
- Gestione pagamenti;
- Atti di liquidazione;
- Riscossioni;
- Liquidazione pagamento attività libero professionale;

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.

#### **18. AREE DI RISCHIO SPECIFICO**

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

##### **Settore sanitario**

Prestazioni Sanitarie - Erogazione

Rientrano in quest'area i seguenti processi:

- prestazioni ambulatoriali;
- ricoveri in elezione;
- ricoveri urgenti;
- decesso in ambito intraospedaliero.

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.

### 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.

### Sperimentazione clinica

Comitato Etico

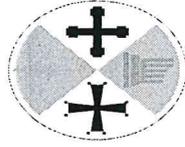
Rischio specifico:

- Indebita gestione dei fondi.

### Decesso in ambito intraospedaliero

Rischio specifico:

- Comunicazione anticipata del decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri avverso partecipazione agli utili;
- Segnalazione, ai parenti del de cuius, di una impresa di onoranze funebri in cambio di partecipazione agli utili;
- Richiesta o accettazione di regalie degli addetti alla camera mortuaria per l'espletamento delle attività proprie della funzione:



**19. TABELLE MAPPATURA DEL RISCHIO E PUNTEGGI**

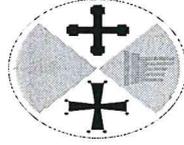
MACROPROCESSI	PROCESSI	DEFINIZIONE RISCHIO	UOC RESPONSABILE PROCESSO	VALUTAZIONE PROCESSI				
				1	2	3	4	5
Gestione e Trattamento Giuridico ed Economico del Personale Interno ed Esterno	Concorsi e prove selettive	Violazione delle norme che regolano l'acquisizione del personale	UOC Gestione Risorse Umane			X		
Gestione e Trattamento Giuridico ed Economico del Personale Interno ed Esterno	Affidamento Incarichi Esterni	Arbitrarietà della scelta	UOC Gestione Risorse Umane				X	
Gestione e Trattamento Giuridico ed Economico del Personale Interno ed Esterno	Affidamento Incarichi Interni	Violazione norme contrattuali ed arbitraria valutazione del personale	UOC Gestione Risorse Umane			X		
Gestione e Trattamento Giuridico ed Economico del Personale Interno ed Esterno	Libera Professione	Elusione della normativa fiscale	ALPI Direzione Sanitaria di Presidio / UOC Risorse Umane				X	



**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



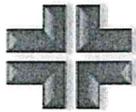
**GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO**  
**"Bianchi Melacrino Morelli"**  
*Reggio Calabria*



REGIONE CALABRIA

Dipartimento *Tutela della Salute*  
e *Politiche Sanitarie*

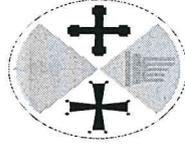
MACROPROCESSI	PROCESSI	DEFINIZIONE RISCHIO	UOC RESPONSABILE PROCESSO	VALUTAZIONE PROCESSI				
				1	2	3	4	5
Affidamento Lavori Pubblici Gestione dell'esecuzione dei contratti	Nomina commissione giudicatrice	Cause di incompatibilità	Direzione Strategica / UOC GITP		X			
Affidamento Lavori Pubblici Gestione dell'esecuzione dei contratti	Operazioni di collaudo	Violazione dei tempi delle procedure di collaudo. Impossibilità di inizio e proseguo dei lavori	UOC GITP			X		
Affidamento Lavori Pubblici Gestione dell'esecuzione dei contratti	Gestione della manutenzione dei beni mobili ed immobili	Ritardi e violazione delle procedure di intervento	UOC GITP				X	
Affidamento Lavori Pubblici Gestione dell'esecuzione dei contratti	Verifica del possesso dei requisiti	Violazione delle comunicazione agli organi competenti	UOC GITP	X				
Flussi Informativi Controllo di Gestione	Monitoraggi delle prestazioni sanitarie erogate, gestione registri farmaci ed attività di carattere amministrativo gestionale	Rappresentazione di dati falsi, non veritieri o omissioni di dati che rappresentino lo stato dell'azienda in maniera difforme dalla realtà	UOC Programmazione e Controllo Attività di Ricovero / Direzione Sanitaria di Presidio / Direzione Sanitaria / Direzione Amministrativa / Direzione Generale			X		



**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



**GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO**  
**"Bianchi Melacrino Morelli"**  
*Reggio Calabria*



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie*

MACROPROCESSI	PROCESSI	DEFINIZIONE RISCHIO	UOC RESPONSABILE PROCESSO	VALUTAZIONE PROCESSI					
				1	2	3	4	5	
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Contabilità analitica; Gestione pagamenti; Atti di liquidazione; Riscossioni; Liquidazione pagamento attività libero professionale; bilancio.	Frode amministrativo contabile	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	X					

MACROPROCESSI	PROCESSI	DEFINIZIONE RISCHIO	UOC RESPONSABILE PROCESSO	VALUTAZIONE PROCESSI					
				1	2	3	4	5	
Settore Sanitario	Gestione Liste Attesa	Cattiva gestione delle liste per prestazioni ambulatoriali e ricoveri impropri	Direzione Sanitaria di Presidio / Direzione Sanitaria				X		
Settore Sanitario	Gestione Consensi Informati	Mancata conformità alle procedure e insorgenza di contenzioso	Direzione Sanitaria / Direzione Sanitaria di Presidio / Direttori di tutte le aree cliniche			X			
Settore Sanitario	Sperimentazione Clinica	Indebita gestione dei fondi	Direzione Generale	X					

Il grado di rischio individuato nelle precedenti tabelle risponde ai seguenti criteri ;

- Presenza e utilizzo di procedure definite
- Attuazione controlli efficaci
- Capacità del personale nella gestione delle attività e controlli.

I punteggi attribuiti indicano la valutazione dei processi posti in essere dalle UOC Aziendali:

1→Completamente sotto controllo. Presenza procedure interne che identifichino in modo preciso le attività da svolgere.

2→Sotto controllo. Presenza procedure interne definite/presenza di controlli interni.

3→Controllata. Presenza di procedure con controlli interni.

4→Regolamentata. Presenza di procedure con controlli interni.

5→Incontrollata. Attività non regolamentata/assenza di controlli.

## **20. SISTEMI DI CONTROLLO AREE A RISCHIO GENERALE**

- Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC da parte del Direttore dell'UOC interessata;
- Controllo diretto da parte del RPC con monitoraggi periodici;
- Attività dei referenti con relazione bimestrale.

## **21. SISTEMI DI CONTROLLO AREE A RISCHIO SPECIFICO**

Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC da parte delle strutture sanitarie, CUP, URP.

In particolare si prevede un monitoraggio sistematico sull'effettivo funzionamento degli ambulatori, il controllo sull'uso proprio dell'attività di intramoenia e della tipologia di interventi per ogni reparto.

La finalità, vista la rilevanza del settore, è quella di evitare situazioni di indebito profitto a svantaggio dell'Azienda dal punto di vista economico, della qualità del servizio, dell'immagine e della tutela del cittadino.

## **22. COLLEGAMENTI DEL PIANO DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE**

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 di incidenza in termini di valutazione della performance organizzativa ed individuale" – PNA 2019

## **23. WHISTLEBLOWING - TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALE 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 (whistleblower)".

Tale disposizione mira a garantire la tutela del dipendente della pubblica amministrazione che segnali condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

La norma del 2012 è stata modificata dal legislatore con la L. 30-11-2017, n. 179 "disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro", entrata in vigore il 29-12-2017.

In particolare, la L. 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.;
- nei procedimenti dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria;
- nei procedimenti disciplinari l'identità del segnalante non può essere rivelata quando la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante e sia indispensabile per la difesa del soggetto incriminato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità".

Pertanto, i principi fondamentali sono:

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

Le modalità di segnalazione saranno diffuse tra i dipendenti, oltre che pubblicate sul sito internet aziendale.

#### **24. 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.

#### **25. 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@ospedalercc.it](mailto:anticorruzione@ospedalercc.it).

#### **26. PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DEL RPC – 2020**

- 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 inconfiribilità 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.

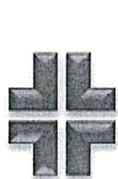
In ottemperanza a quanto predisposto dal PNA 2016 – piattaforma AGENAS- sono previsti incontri per sensibilizzare i destinatari sull'importanza della redazione e aggiornamento delle schede, quale valido strumento di prevenzione della corruzione.

## **27. SANZIONI**

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

## **28. 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.



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

## **29. DISPOSIZIONE FINALE**

Il presente piano 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 PTPC è stato redatto dall'Avv. Anna Curatolo nominata Responsabile della Prevenzione e Corruzione in data 26 novembre 2015 con delibera del Commissario Straordinario n° 1023.

## **30. 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.

### **31. FINALITA' – 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).

### **32. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ADOZIONE 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.

### **33. 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.

### **34. 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.

**Finalità della segnalazione:**

- 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 .

**35. ATTIVITA' IN PROGRAMMAZIONE**

Il Responsabile della Trasparenza, unitamente alla Direzione Strategica, si propone di pubblicare i seguenti regolamenti:

- **Regolamento** Aziendale sugli incarichi extra istituzionali ed in materia di incompatibilità;
- **Regolamento** per la gestione delle procedure conseguenti all'evento morte negli stabilimenti ospedalieri;;
- **Regolamento** per l'acquisto di farmaci, dispositivi medici e diagnostici, altro materiale sanitario di consumo corrente e di beni durevoli infungibili;
- **Regolamento** aziendale delle missioni del personale dipendente e dei rimborsi delle percorrenze chilometriche effettuate per motivi di servizio;
- **Regolamento** per il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.);
- **Regolamento** aziendale in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;

Ulteriore attività programmata:

- 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
- Attivazione sul sito Amministrazione Trasparente del (Filo Diretto) quale mezzo di comunicazione tra l'utenza e le strutture amministrative e sanitarie;
- Predisposizione questionario di gradimento sui servizi sanitari.

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

### **36. 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.



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

### **37. 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.

### **38. 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.

### **39. 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;



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

- 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 redistribuzione senza ulteriori restrizioni d'uso, o di diffusione, diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità

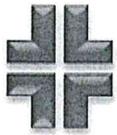
#### **40. ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA**

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.

#### **41. 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 il 30 ottobre di ogni anno report dettagliato e rilevazione delle criticità.



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

Il Responsabile coopererà con il Nucleo di valutazione. 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 di collaboratori interni preposti alla verifica della regolare immissione dati di tutte le UU.OO.CC. del G.O.M.

Tali soggetti sono così individuati:

- Sig.ra Patrizia Catanoso, - 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.

#### **42. 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 trasparenza 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.

#### **43. 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.

### **ACCESSO AGLI ATTI - TIPOLOGIE**

#### **44. 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).

#### **45. 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.



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

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

#### **46. 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](mailto:trasparenza@ospedalerc.it)

[anticorruzione@ospedalerc.it](mailto:anticorruzione@ospedalerc.it)

#### **47. LA GIORNATA DELLA TRASPARENZA**

Il GOM, anche nel 2020, organizzerà una " Giornata della Trasparenza" al fine di presentare il piano a tutti gli *stakeholder* che, rappresentando un momento di confronto tende 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.

#### **48. 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.

#### **49. 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.

#### **50. 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.



## **51. 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.

## **52. SANZIONI**

E' previsto un sistema sanzionatorio per i vari casi di inadempimento agli obblighi di pubblicazione, articolato nelle norme riferite alle specifiche tipologie. Vediamo le 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 partecipazioni 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, comma 1 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 PTTC, 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.

Il presente PTTI è stato redatto, in data 29-01-2020, dall'Avv. Anna Curatolo nominato Responsabile della Trasparenza ed Integrità giusta delibera n°. 1127 del 23 dicembre 2015.

### 53. Comunicazioni

Eventuali segnalazioni e/o comunicazioni potranno essere inviate ai seguenti indirizzi mail:

[anticorruzione@ospedalc.it](mailto:anticorruzione@ospedalc.it)

[trasparenza@ospedalc.it](mailto:trasparenza@ospedalc.it)

**Gli indirizzi anticorruzione e trasparenza sono visibili solo dal RPCT**  
**- Avv. Anna Curatolo-**

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Avv. Anna Curatolo

