



**Allegato PIAO - Prevenzione della
Corruzione e della Trasparenza**
*Azienda Ospedaliera per l'Emergenza
"Cannizzaro" di Catania*

Anno 2025

INDICE

| | |
|--|----|
| PREMESSA | 4 |
| DEFINIZIONE DEL FENOMENO | 4 |
| RUOLI NELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE | 5 |
| Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)..... | 5 |
| Soggetti coinvolti nella strategia anticorruzione | 5 |
| Individuazione dei referenti del RPCT..... | 6 |
| Organismo Indipendente di Valutazione | 7 |
| Il Collegio sindacale..... | 7 |
| Ufficio Procedimenti Disciplinari. | 7 |
| Assessorato Regionale della Salute | 8 |
| ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO | 9 |
| CONTESTO INTERNO | 9 |
| IL PNRR..... | 9 |
| CONTESTO ESTERNO | 16 |
| Statistiche criminali | 10 |
| Rilevazione sulla percezione ed esperienza | 11 |
| VALUTAZIONE D'IMPATTO | 12 |
| METODOLOGIA DI IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI | 12 |
| Identificazione dei rischi | 13 |
| Valutazione dei rischi | 13 |
| LA MAPPATURA DEI PROCESSI | 15 |
| Schede Processi Mappati | 17 |
| MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO | 23 |
| Misure specifiche..... | 24 |
| Misure generali e obbligatorie..... | 24 |
| Formazione | 24 |
| Codice etico-comportamentale..... | 25 |
| Rotazione del personale | 25 |
| Conflitto di interessi | 26 |
| Inconferibilità e incompatibilità nel conferimento di incarichi dirigenziali | 28 |

| | |
|--|-----------|
| Attività ed incarichi extra-istituzionali | 30 |
| Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)..... | 30 |
| Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione | 32 |
| Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)..... | 33 |
| Patto di integrità | 33 |
| MONITORAGGIO SULL’IDONEITÀ E SULL’ATTUAZIONE DELLE MISURE | 34 |
| TRASPARENZA..... | 34 |
| Accesso civico | 36 |
| Adozione di una procedura e di un responsabile per la gestione del sito web..... | 37 |
| Aggiornamento sezione Amministrazione Trasparente e sito web | 38 |
| Albo Pretorio..... | 38 |
| OBIETTIVI STRATEGICI DELL’ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA..... | 39 |
| ALLEGATI | 40 |

PREMESSA

Il presente documento “*Allegato PIAO - Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza*” è stato predisposto in ottemperanza alle disposizioni contenute dalla normativa vigente in materia (L. 190/2012 smi), nei documenti redatti dall’Autorità Nazionale Anticorruzione nonché in attuazione del D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 “*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia*” (art 6), convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113; del D.P.R. n.81 del 24 giugno 2022 “*Adempimenti relativi ai piani assorbiti nel PIAO*” (art. 1); dal D.M. 132 del 30 giugno 2022 “*Regolamento «PIAO» (Redazione del PIAO)*”; e dalla Circolare n.2/2022 del D.P.F. “*Indicazioni operati e in materia del PIAO di cui all’art. 6 del D.L. 80/2021*”.

La pianificazione anticorruzione e i documenti correlati perseguono tre obiettivi strategici:

- la riduzione delle condizioni organizzative che possano dare luogo a casi di corruzione;
- il potenziamento delle misure di ampio spettro che riducano, all’interno delle amministrazioni, il rischio che i pubblici funzionari adottino atti di natura corruttiva (in senso proprio)” PNA 2019;
- la realizzazione di un contesto sfavorevole alla corruzione.

La sottosezione anticorruzione e trasparenza del PIAO concorre, in particolare, a realizzare gli obiettivi di Valore Pubblico a tutela degli stakeholder di seguito di seguito riportati:

Valore Pubblico # 1 : Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie

Strategie 1) Riorganizzazione del PS

2) Scelta di prestazione su cui lavorare sui tempi e con che modalità

Valore Pubblico #2 : Semplificazione delle procedure amministrative correlate all’assistenza al paziente

Strategie 1) Introduzione della cartella clinica elettronica integrata

2) Introduzione di uno Smart ERP

DEFINIZIONE DEL FENOMENO

Il concetto di corruzione è inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell’attività istituzionale, si riscontri l’abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati facendo prevalere un interesse primario diverso dal fine istituzionale dell’ente.

Come indicato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione nel PNA 2019, con la legge 190/2012 è stata delineata una nozione ampia di “Prevenzione della Corruzione”, che comprende una vasta serie di misure con cui si creano le condizioni per rendere sempre più difficile l’adozione di comportamenti di corruzione nelle amministrazioni pubbliche. [...] Non si modifica il contenuto tipico della nozione di corruzione ma si introducono e si mettono a sistema misure che incidono su condotte, situazioni, condizioni, organizzative ed individuali - riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione - che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio.

Come specificato nel PNA 2022 “*La corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione, tra l’altro, contribuisce ad una rinnovata sensibilità culturale in cui la prevenzione della corruzione non sia intesa come onere aggiuntivo all’agire quotidiano delle amministrazioni, ma sia essa stessa considerata nell’impostazione ordinaria della gestione amministrativa per il miglior funzionamento dell’amministrazione dei cittadini e delle imprese*”.

ANAC sostiene che, se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del valore pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione e protezione mediante la riduzione del rischio di una erosione a causa di fenomeni corruttivi.

RUOLI NELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

In questa Azienda Ospedaliera il ruolo della Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) era già stato affidato a un unico soggetto, prima che entrasse in vigore il D.lgs 97/2016, che ha stabilito di unificare le due figure in un unico soggetto. A seguito del collocamento in quiescenza del RPCT Aziendale, con delibera n.1855 del 28/11/2022 è stata nominata Responsabile della Prevenzione e della Corruzione - ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 6 novembre 2012 n.190 - la dott.ssa Letizia Santonocito - Dirigente Amministrativo dell'AOEC.

L'ANAC sancisce che il ruolo di Responsabile dell'Anticorruzione sia svolto in condizioni di autonomia ed il PNA 2019 mette in risalto che il Responsabile dell'Anticorruzione debba essere nelle condizioni di: "...esercitare poteri di programmazione, impulso e coordinamento" e in questo processo devono essere coinvolti e responsabilizzati tutti coloro che, a vario titolo, partecipano dell'adozione e dell'attuazione delle misure di prevenzione. Per attuare una strategia efficace di prevenzione della corruzione è fondamentale il coinvolgimento della struttura organizzativa. Come specificato nell'allegato 1 al PNA 2019, è opportuno che il RPCT, nell'esercizio del suo ruolo, mantenga un atteggiamento attivo, attento ad individuare eventi rischiosi che non sono stati rilevati dai responsabili degli uffici, dovendosi intendere che "una adeguata gestione del rischio è responsabilità dell'intera amministrazione e non unicamente del RPCT".

Il RPCT si impegna pertanto, secondo quanto disposto nel D.lgs. 97/2016, a comunicare agli uffici preposti le misure da adottare e le relative modalità.

In capo al RPCT, in qualità di Responsabile della trasparenza, l'art. 46 del d.lgs. n. 33 del 2013 s.m.i. pone una responsabilità anche per la violazione degli obblighi di trasparenza.

Soggetti coinvolti nella strategia anticorruzione

L'art. 8, D.P.R. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore. È imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento di tutti i dipendenti (dirigenti e non) in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda, in sinergia al RPCT, sono:

- il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario;
- i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- i Referenti per l'anticorruzione;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.;
- tutto il Personale e i Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione.

Ai fini della concreta attuazione delle misure anticorruzione, è richiesto un ruolo attivo dei dirigenti, che ai sensi dell'art. 16, c. 1, del D.lgs n. 165/2001 provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva;

Tutti i dirigenti ed i dipendenti, per l'area di rispettiva competenza devono:

- a. assicurare attività informativa nei confronti del RPCT, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile;
- b. partecipare al processo di gestione del rischio;
- c. coadiuvare il Direttore Responsabile di Macrostruttura alla proposta delle misure di prevenzione (art. 16, d.lgs. n. 165 del 2001 e l. 190/2012);
- d. assicurare l'osservanza del Codice di comportamento;
- e. adottare le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del

personale (artt. 16 e 55-bis d.lgs. n. 165 del 2001);

- f. osservare le misure contenute nella Sezione Anticorruzione e Trasparenza (art. 1, c. 14, della l. n. 190/2012);
- g. indicare al RPCT le criticità riscontrate nell'attuazione delle misure; gli eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza; i bisogni formativi in tema di integrità/trasparenza, con l'individuazione nominativa del personale da formare; le azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti, al fine di aggiornare e migliorare la Sezione; a questi dati si aggiungono i dati relativi ai procedimenti giudiziari e disciplinari rilevanti, che devono essere trasmessi entro il 31 dicembre di ciascun anno, al fine di consentire al RPCT di predisporre la propria Relazione annuale;
- h. garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente del sito Aziendale, ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal d.lgs n. 33/2013 come modificato dal d.lgs 97/2016, riportati nella tabella 2), allegata al presente documento;
- i. assicurare al RPCT e alla Direzione Generale il necessario supporto istruttorio, in sede di esame delle segnalazioni di presunti episodi corruttivi ricevute dall'Azienda.

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

Individuazione dei referenti del RPCT

Al fine di attuare la legge 190/2012 e ss.mm.ii., i contenuti dell'aggiornamento 2015 e del PNA 2016, come previsto nel PTPC 2016-2017, l'Azienda ha individuato, fra i dipendenti, i "Referenti per la prevenzione della corruzione", che possano collaborare in maniera più diretta per l'area di rispettiva competenza e, maturando particolare competenza ed esperienza, rendere più efficiente l'azione anticorruzione dell'intera Amministrazione. Si riportano di seguito, i Referenti RPCT individuati nell'organizzazione di questa Azienda:

Area Sanitaria:

- Rischio Clinico: dott.ssa Anna Maria Longhitano
- U.O. Farmacia: dott.ssa Agata La Rosa
- Area Medica e Chirurgica: dott. **Alberto Favetta**
- Area Infermieristica: dott. Mario Conti

Area Amministrativa Tecnica e Professionale:

- Provveditorato ed Economato: dott.ssa Daniela Granata
- Risorse Economiche e Finanziarie: dott. Fortunato Costantino
- Risorse Umane: dott.ssa Maria Spampinato
- Settore Tecnico: ing. Maurizio Rampello
- Servizio Legale: dott. Carmelo Leocata;
- Comunicazione Istituzionale: dott. Orazio Vecchio

I suindicati Referenti svolgono un ruolo di supporto all'attività del RPCT nel controllo, nella prevenzione e nel contrasto alla corruzione e all'illegalità; individuano il personale che partecipa ai programmi di formazione specifica in materia di anticorruzione, suggeriscono le modalità organizzative atte a favorire la rotazione dei dipendenti e devono ottemperare a quanto previsto nella normativa vigente in materia di anticorruzione. I Referenti sono chiamati a dare ampia diffusione ai contenuti del Piano e del Codice di condotta. In particolare, entro il 31 dicembre di ogni anno devono inviare al RTPC idonea relazione annuale nella quale devono descrivere i processi avviati ed i relativi rischi, suggerendo misure per la loro prevenzione.

Organismo Indipendente di Valutazione

L'attuale Organismo di Valutazione dell'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro è stato costituito con deliberazione n. 771 del 06/05/2022.

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

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

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

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

Il Collegio sindacale

E' un organismo disciplinato dall'art 3-ter del D. lgs. 502/92, come modificato dall'art. 1 comma 574 della legge 190 del 2014, che ha previsto una riduzione del numero dei componenti dei Collegi sindacali delle Aziende Sanitarie.

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

L'attuale Collegio Sindacale è stato costituito con deliberazione n. 1824 del 27/10/2021 ed è composto da tre componenti, ai sensi dell'art. 1 comma 574 della legge n.190/2014, che sono espressione del Presidente della Giunta Regionale, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del Ministero della Salute, ed è coadiuvato da un dipendente dell'AOEC con funzione di segretaria. L'insediamento è avvenuto in data 02/11/2021 alla presenza del Direttore Generale e del Direttore Amministrativo. In quella data i tre componenti hanno consegnato anche il modulo con il quale è stata attestata l'insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità di incarichi, ai sensi dell'art.20 del D. lgs. n. 39 del 08/04/2013.

I verbali del collegio sono pubblicati sul portale P.I.S.A.

Con i componenti si è stabilito un proficuo circolo virtuoso, infatti i verbali del collegio vengono puntualmente trasmessi al RPCT.

Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Anche gli Uffici per i Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) del personale Dirigenziale e del personale Comparto collaborano con la RPCT, mediante la trasmissione dei Report annuali sui procedimenti disciplinari attivati e le sanzioni irrogate, ai fini della compilazione della Relazione annuale del RPCT prelevata dal sito istituzionale dell'ANAC, ai sensi del dell'art, 1 c. 14 Legge 190/2012, da pubblicare entro il 31 gennaio sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera all'interno della sezione "Amministrazione trasparente " / sotto-sezione "altri contenuti-prevenzione della corruzione" .

Assessorato Regionale della Salute

Occorre ricordare che fra gli Obiettivi Generali assegnati nel contratto di lavoro, la Regione Siciliana, in data 21 maggio 2019, abbia previsto: "l'osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione, con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità nonché degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n.97, al fine di rendere i dati pubblici di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico" .

L'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana, ha dato un impulso determinante alla prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anche attraverso l'emanazione di due circolari: "Atto di indirizzo per l'adeguamento dei piani triennali Anticorruzione delle Aziende e degli Enti del SSN in rapporti con fornitori e aziende farmaceutiche" (Prot n. 19302 del 04/03/2019) e "Ulteriori misure in materia di anticorruzione per le Aziende del SSN" (Prot. n. 25687 del 25/03/2019).

L'Assessorato alla Salute con la suddetta nota Prot n. 19302 del 04/03/2019 ha ritenuto necessario suggerire alle Aziende di *"porre particolare attenzione ai rapporti che insorgono tra il personale della Azienda ed i soggetti portatori di interessi nei settori delle forniture di dispositivi sanitari/medicali e di prodotti farmaceutici"* .

In ottemperanza alle disposizioni assessoriali, con delibera n. 1035 del 02/05/2019 sono stati approvati i modelli*** atti a disciplinare l'accesso nell'Azienda degli informatori farmaceutici e provider; la partecipazione dei dipendenti ad eventi; le Convenzioni con gli associati. ***I modelli sono pubblicati sul sito aziendale alla voce: SERVIZI – MODULISTICA AUTORIZZATIVA <https://www.ospedale-cannizzaro.it/modulistica-autorizzativa/>

Relativamente ai finanziamenti PNRR, l'Assessorato della Salute Dipartimento per la Pianificazione Strategica Struttura per l'Attuazione del PNRR e PNC - Missione 6, con circolare prot. n. 42321 del 24 Settembre 2024, ha comunicato che con D.L. 2 marzo 2024, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 aprile 2024, n. 56, avente ad oggetto *"Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza"*, all'art. 3, rubricato *"Misure per la prevenzione e il contrasto delle frodi nell'utilizzazione delle risorse relative al PNRR e alle politiche di coesione"* è stato stabilito che *"per rafforzare la strategia unitaria delle attività di prevenzione e contrasto alle frodi e agli altri illeciti sui finanziamenti connessi al PNRR, alle politiche di coesione relative al ciclo di programmazione 2021-2027 e ai fondi nazionali a questi comunque correlati, sono estese anche al PNRR le funzioni previste dall'art. 3, comma 1, del DPR 14 maggio 2007, n. 91 in capo al Comitato per la lotta contro le frodi nei confronti dell'Unione europea (COLAF) di cui all'art. 54, comma 1, della legge 24 dicembre 2012, n. 234."* A tal proposito, al fine di agevolare l'assolvimento delle nuove funzioni affidate al COLAF, ai sensi della norma in esame, il Nucleo della Guardia di Finanza per la repressione delle frodi nei confronti dell'Unione Europea di cui all'art. 54, comma 2, della legge n. 234 del 2012, operante presso il Dipartimento degli Affari Europei della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha predisposto il documento (All. 1) contenente una ricognizione analitica di tutte le misure attualmente previste dalla legislazione nazionale, ovvero comunque adottate dalle Autorità competenti, utili a prevenire e reprimere le frodi e gli altri illeciti che possono arrecare danno alle risorse finanziarie assegnate dall'UE nell'ambito del PNRR. Altresì è stato elaborato, dallo stesso Nucleo della Guardia di Finanza per la repressione delle frodi e gli altri illeciti che possono arrecare danno alle risorse finanziarie assegnate dall'UE nell'ambito del PNRR. E' stato, altresì, elaborato, dallo stesso Nucleo della Guardia di Finanza per la repressione delle frodi nei confronti dell'Unione Europea, un documento contenente i principali indicatori di rischio di frode nel PNRR (All. 2), con lo scopo di fornire al Comitato uno strumento di orientamento da utilizzare nell'ambito dell'esercizio delle nuove funzioni attribuite dall'articolo 3 del su citato D.L. 2 marzo 2021, n. 19, convertito, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 aprile 2024, n. 56.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO

CONTESTO INTERNO

L'Analisi del contesto interno, secondo quanto indicato dall'ANAC, riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (All. 1 PNA 2019) ed è finalizzata a ricavarne strumenti utili a interpretare l'insieme in termini di gestione del rischio.

L'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro è stata formalmente costituita con Legge n. 5 del 14 aprile 2009 e ricade nel territorio definito "Bacino Sicilia Orientale".

La struttura organizzativa dell'Azienda definita nell'atto aziendale ha come missione la gestione delle patologie ad alta complessità, attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare e la definizione e l'applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutico – assistenziali.

L'Azienda ha il mandato di contribuire a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative ed a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali.

L'Azienda organizza i propri servizi e definisce il livello qualitativo e quantitativo degli stessi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari, del territorio e degli utenti.

L'Azienda soddisfa il bisogno di salute della utenza attraverso prestazioni di diagnosi e cura in area medica e chirurgica in regime sia di ricovero ordinario che di day hospital e day surgery, nonché con prestazioni ambulatoriali e di day service, Espleta esami specialistici e di consulenza anche in regime di convenzione con altri Enti Sanitari.

Per le definizioni di dettaglio del contesto interno si rinvia alla sezione anagrafica e organizzazione del PIAO.

Gli elementi del contesto interno particolarmente rilevanti ai fini della prevenzione della Corruzione sono il rilevante numero di personale stabilizzato, per il quale necessita avviare una adeguata formazione in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza e i finanziamenti assegnati all'Azienda con il PNRR (*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*).

- II PNRR

L'AOE Cannizzaro è stata ammessa a finanziamenti Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Componente 1 e 2 e del Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC).

In particolare i finanziamenti ad oggi ricevuti riguardano le azioni di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (DEA I e II livello).

I finanziamenti che riguardano l'ammodernamento del parco tecnologico (Linea di Intervento 1.1.2) prevedono la sostituzione di una serie di apparecchiature ad alta tecnologia che risultano installate presso l'AOEC da più di 5 anni.

Le apparecchiature oggetto del finanziamento sono:

- 2 TAC
- 2 RMN
- 1 PET TC
- 1 GAMMA CAMERA
- 2 ANGIOGRAFI
- 1 MAMMOGRAFO
- 2 TOMOGRAFI ASSIALE COMPUTERIZZATO

Per quanto riguarda la parte di ammodernamento digitale ospedaliero (DEA I e II livello) l'AOEC ha ricevuto un finanziamento di 9.935.000 euro destinati ad interventi di ammodernamento tecnologico della parte infrastrutturale (digitale) e della componente SW al fine di raggiungere il livello 4 di digitalizzazione.

Gli Interventi per "Digitalizzazione DEA di I e II Livello" - Linea Intervento 1.1.1 sono:

- PIATTAFORMA DI INTEROPERABILITÀ SW A SUPPORTO
- POTENZIAMENTO RETE DI DISTRIBUZIONE DATI CLINICI AOEC
- POTENZIAMENTO PARCO TECNOLOGICO HW
- SISTEMA DI INTEGRAZIONE DATI ELETTRONICALI E REPOSITORY AZIENDALE
- SISTEMA DIGITALIZZATO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE

In questo contesto, le risorse assegnate all'Azienda, con particolare riferimento al PNRR, rappresentano una leva decisiva di sostegno all'Azienda, ma anche un elemento cui prestare la massima attenzione in termini di prevenzione dei fenomeni corruttivi e di "maladministration". A fronte di tale situazione, però, è da rilevare come da tempo questa Azienda Ospedaliera si sia dotata di strumenti anticorruttivi e di trasparenza, il cui uso risulta consolidato, e rispetto ai quali si potrà intervenire solo in termini di integrazione e rafforzamento, anche alla luce dei numerosi interventi legislativi in materia di contratti delle grandi opere previste nel PNRR, che hanno prodotto una sorta di "stratificazione normativa", per via dell'introduzione di specifiche legislazioni di carattere speciale e derogatorio, che, in sostanza, hanno reso più che mai esposto e variegato l'attuale quadro legislativo di riferimento.

Con l'entrata in vigore del nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al D.lgs. 36/2023 (1^a aprile 2023, con efficacia dal 1^a luglio 2023) molte disposizioni semplificatorie e derogatorie previste dalle norme susseguitesi nel corso degli ultimi anni (d.l. 32/2019, d.l. 76/2020, d.l. 77/2021) sono state, per un verso, riproposte dal nuovo Codice e quindi introdotte in via permanente nel sistema dei contratti pubblici, e, per altro verso, confermate per i progetti finanziati con fondi PNNR/PNC anche dopo la data di efficacia del d.lgs. 36/2023, ai sensi della disciplina Transitoria dallo stesso recata dall'art. 255, comma 8 e, dalla Circolare del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 12 luglio. 36/2023. Come ulteriori elementi di novità introdotti dal d. lgs 36/2023, si annoverano le disposizioni sulla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici, la cui attuazione decorre dal 1^a gennaio 2024, come fattore, tra l'altro, di standardizzazione, semplificazione, di riduzione degli oneri amministrativi in capo agli operatori economici, nonché di trasparenza delle procedure. Tra le principali novità introdotte dal nuovo Codice occorre ricordare i principi del risultato, della fiducia e dell'accesso al mercato, che mirano a favorire una più ampia libertà di iniziativa e di auto-responsabilità delle stazioni appaltanti, valorizzandone autonomia e discrezionalità (amministrativa e tecnica).

CONTESTO ESTERNO

L'Analisi del contesto esterno restituisce all'amministrazione le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui L'Azienda opera.

L'ambiente esterno per l'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro è costituito dal complesso degli Operatori del sistema produttivo e dei cittadini della Provincia e della Regione Sicilia. Un insieme estremamente ampio e variegato, rispetto al quale l'Azienda eroga un servizio Sanitario e di primo Soccorso.

Le conseguenze economiche determinate dall'emergenza pandemica, in fase di miglioramento, sono ora esposte agli effetti della situazione internazionale, con particolare riferimento all'aumento dei prezzi di energia e materie prime.

Statistiche criminali

Secondo quanto emerge dalla Relazione del secondo semestre 2022 del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (visualizzabile al seguente link: https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2022/09/Relazione_Sem_II_2021-1.pdf) "la città di Catania epicentro dell'area metropolitana più densamente popolata della Sicilia rappresenta il fulcro economico e infrastrutturale del distretto del sud-est della Sicilia oltre che il principale polo industriale, logistico e commerciale dell'isola peraltro sede di un aeroporto internazionale che è il quarto in Italia per traffico passeggeri e di un grande porto commerciale e turistico che rappresenta uno snodo strategico per il trasporto pesante su gomma da e verso i porti più importanti del centro e nord Italia. Catania può essere parimenti considerata il centro di gravità dei principali interessi criminali la cui gestione e controllo è saldamente nelle mani delle più importanti famiglie mafiose operanti nella Sicilia Orientale. [...] Nella Sicilia orientale ed in particolare nella città di Catania cosa nostra è rappresentata dalle storiche famiglie alle quali si affiancano altri sodalizi che, seppur fortemente organizzati e per quanto regolati secondo gli schemi tipici delle consorterie mafiose, evidenziano maggiore fluidità sul piano strutturale non configurandosi organicamente in cosa nostra. Le numerose attività repressive condotte nell'arco degli anni hanno determinato l'arresto dei vertici e creato dei vuoti nelle posizioni di comando. [...] Le indagini condotte negli ultimi anni dimostrano proprio la capacità delle mafie catanesi di reinvestire importanti profitti derivanti dai

traffici criminali, in attività economiche apparentemente lecite ma realizzate o acquisite con metodi mafiosi con il conseguente depotenziamento e inquinamento dell'iniziativa imprenditoriale "sana". [...]

Rilevazione sulla percezione ed esperienza

Una fotografia sulla percezione del fenomeno corruttivo è stata scattata da React e Transparency International, che hanno condotto una ricerca a circa 4mila soggetti appartenenti al mondo sanitario e ne hanno dato diffusione al Forum per l'integrità in Sanità.

E' emerso che per i dipendenti delle strutture intervistati la corruzione è ancora molto diffusa, sia a livello nazionale (84%) che nella propria regione (79%). Anche rispetto all'ente di appartenenza i dati non sono confortanti: 1 dipendente su 4 (28%) ritiene ci sia corruzione all'interno della propria azienda sanitaria. Nel periodo pandemico sembrano essere aumentati i rischi.

il 70% degli intervistati reputa che l'emergenza sanitaria abbia fatto crescere il rischio di corruzione nella sanità italiana ed il 39% ritiene che il rischio sia aumentato anche nel proprio ente. Con l'emergenza pandemica, le preoccupazioni maggiori sono risultate, soprattutto, legate a irregolarità nella somministrazione di tamponi e vaccini, al favoreggiamento di particolari fornitori di dispositivi di protezione individuale, e alla sottrazione di questi da parte del personale.

Gli episodi di corruzione hanno subito un incremento significativo: il tasso di vittimizzazione rilevato è pari all'8,4%, il doppio rispetto a quanto registrato dall'Eurobarometro negli anni 2019-2020 pari al 4%. Gli strumenti per prevenire la corruzione ci sono, tuttavia non tutti sembrano funzionare allo stesso modo. I Codici di Comportamento sono adeguatamente conosciuti da almeno il 75% dei rispondenti, le percentuali si abbassano al 52% per il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e solo 1 dipendente su 2 è a conoscenza dei canali di segnalazioni interni.

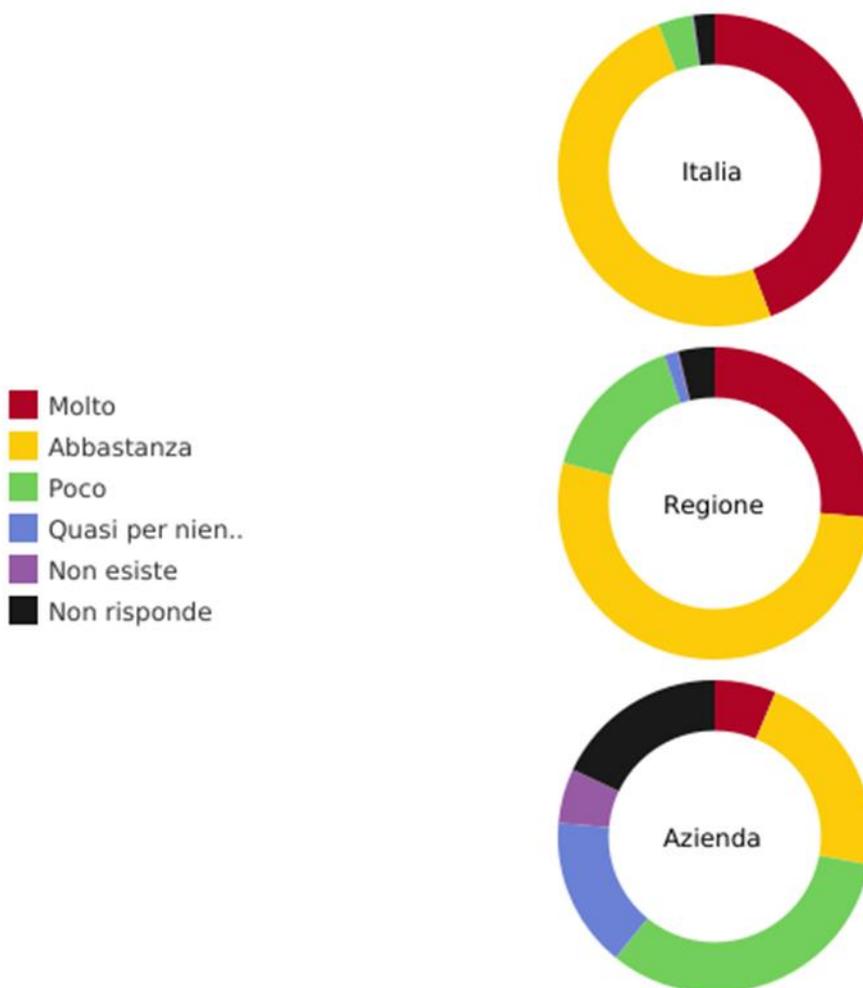
Tra le fattispecie di possibili comportamenti corruttivi proposti ai dipendenti coinvolti nella rilevazione emerge che, proporre un tampone o un vaccino non rispettando l'ordine, risulti essere quella più probabile. Questo dato permette un collegamento con il tema della gestione delle liste d'attesa, il quale rappresenta un'area in rischio che la stessa Autorità Anticorruzione ha evidenziato come da attenzionare.

Infine, dal rapporto si evince che la formazione (27%), l'analisi dei rischi (22%) e la rotazione del personale (21%) sono considerati gli strumenti da rafforzare per il contrasto agli illeciti in sanità, secondo i dipendenti intervistati.

Afferma Lorenzo Segato, Direttore scientifico di React «Ci preme evidenziare che la pubblica amministrazione non sembra cogliere appieno l'evoluzione del fenomeno criminale in fase emergenziale e, se la sottrazione di dispositivi di protezione o l'abuso di potere per far ottenere un tampone o un vaccino appartengono a una fase critica probabilmente alle spalle, ora è necessario porre attenzione ai rischi più attuali, che riguardano il traffico illecito di dati sanitari, soprattutto in forma elettronica, ed i grandi investimenti del PNRR programmati in sanità per i prossimi anni».

La percezione della corruzione nella sanità italiana

Fonte: report "Il valore pubblico dell'integrità 2022" - Forum per l'integrità in sanità



L'indagine ha coinvolto quasi 4mila dipendenti di 9 tra aziende sanitarie e ospedaliere, che hanno risposto alla domanda: "quanto è diffuso il fenomeno della corruzione in Italia, nella sua regione e nel suo ente?"

VALUTAZIONE D'IMPATTO

L'Azienda Cannizzaro intende porre particolare attenzione sui risultati delle analisi di contesto svolte annualmente da Transparency International e React. Quanto emerso dalla rilevazione realizzata dagli stessi, l'impatto della gestione dei progetti PNRR sull'attività dell'ente e i dati relativi ai fenomeni criminali, permettono di individuare come priorità di intervento, la mappatura dei processi legati alla gestione delle liste d'attesa e all'esecuzione dei contratti (con particolare riferimento ai contratti PNRR) ed il conseguente monitoraggio delle eventuali misure correttive individuate.

METODOLOGIA DI IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

Come evidenziato dal PNA 2019, "l'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Questa fase è cruciale perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione.

L'identificazione dei rischi deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi. Anche in questa fase, il coinvolgimento della struttura organizzativa è fondamentale "poiché i responsabili

degli uffici (o processi), avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte dall'amministrazione, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi."

In ogni caso, come specificato nell'allegato 1 al PNA 2019, è opportuno che il RPCT, nell'esercizio del suo ruolo, mantenga un atteggiamento attivo, attento ad individuare eventi rischiosi che non sono stati rilevati dai responsabili degli uffici, dovendosi intendere che "una adeguata gestione del rischio è responsabilità dell'intera amministrazione e non unicamente del RPCT".

Identificazione dei rischi

Al fine di analizzare correttamente il rischio corruttivo, è necessario coinvolgere i dipendenti in un percorso diretto ad identificare gli elementi che costituiscono il rischio: "l'evento" e "i fattori abilitanti interni ed esterni all'ente".

Di seguito si riporta la descrizione degli elementi citati:

| | |
|----------------------------|---|
| EVENTO CORRUTTIVO | Manifestazione dell'abuso che l'ente intende prevenire |
| FATTORE ABILITANTE INTERNO | Elemento organizzativo e strutturale che aumenta il rischio |
| FATTORE ABILITANTE ESTERNO | Elemento di contesto che aumenta il rischio |

Anche nel corso dell'anno 2025, i dipendenti verranno coinvolti tramite specifici incontri nella identificazione dei citati elementi all'interno dei processi di loro competenza. Ciò permetterà all'ente di realizzare, oltre alla mappatura dei processi, la contestuale analisi dei rischi.

Valutazione dei rischi

L'Azienda Cannizzaro adotta un modello di valutazione dei rischi in termini di probabilità di accadimento e di impatto, ed in particolare la metodologia della matrice **RACM (Risk Assessment Criteria Matrix)**.

La matrice RACM prevede una scala di misurazione come seguito dettagliato:

| (P) PROBABILITÀ (*) DI ACCADIMENTO | | |
|------------------------------------|-----------------|--|
| RATING | PROBABILITÀ | DESCRIZIONE |
| 1 | Impossibile | Evento negativo mai o raramente verificatosi o verificabile ($\leq 5\%$) |
| 2 | Improbabile | Evento negativo che si può generare solo in particolari circostanze ad oggi inesistenti per la tipologia di attività svolta ($\leq 25\%$) |
| 3 | Possibile | Evento che si è verificato in realtà analoghe e che potrebbe presentarsi anche nella Azienda come conseguenza di particolari circostanze ($\leq 60\%$) |
| 4 | Probabile | Evento negativo che si è verificato nell'Azienda seppur raramente, e tale da influenzarne lo svolgimento delle attività ($\leq 80\%$) |
| 5 | Molto Probabile | Evento negativo quasi certo generato anche da circostanze routinarie e già verificatosi nell'Ente ($> 80\%$) |

(*) Probabilità: è la frequenza del manifestarsi del rischio (significativa è l'esperienza e la capacità di giudizio del responsabile di processo e dell'auditor).

| RATING | IMPATTO | DESCRIZIONE |
|--------|-------------|--|
| 1 | Immateriale | Conseguenze praticamente nulle sull'attività e sugli obiettivi |
| 2 | Basso | Conseguenze minime che non generano una priorità di intervento |

| | | |
|----------|--------------------------------|--|
| 3 | Medio | Conseguenze che influenzano l'efficiente conduzione dell'attività e in quanto tali meritevoli di considerazione |
| 4 | Alto | Conseguenze rilevanti sull'efficienza e adeguatezza dell'attività e che potrebbero comportare modifiche anche di strategie aziendali |
| 5 | Elevato - Significativo | Conseguenze pericolose per la continuità dell'attività e in quanto tali il presidio deve essere prioritario e costante |

() Impatto:** livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi.

Per la valutazione finale del rischio, la probabilità viene moltiplicata per l'impatto ed il risultato finale viene usato per misurare il rating del rischio secondo le tabelle seguenti:

| RACM (Risk Assessment Criteria Matrix) | | | IMPATTO | | | | |
|---|---|-----------------|-------------|-------|-------|------|------------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | Immateriale | Basso | Medio | Alto | Pericoloso |
| PROBABILITÀ | 5 | Molto Probabile | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 |
| | 4 | Probabile | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 |
| | 3 | Possibile | 3 | 6 | 9 | 12 | 15 |
| | 2 | Improbabile | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| | 1 | Impossibile | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| MISURAZIONE DEL LIVELLO DI RISCHIO INERENTE | | |
|---|------------------|--|
| RATING | RISCHIO INERENTE | DESCRIZIONE |
| 1 | Remoto | Rischio inerente non rilevante |
| 2 ≤ 5 | Basso | Rischio inerente esiguo per il quale le azioni di mitigazione non sono una priorità |
| 5,01 ≤ 11 | Medio | Rischio inerente meritevole di considerazione per il quale è opportuno attivare una risposta al rischio stesso |
| 11,01 ≤ 18 | Alto | Rischio inerente elevato per il quale è necessario attivare un costante presidio e una efficiente risposta |
| ≥18,01 | Elevato | Rischio inerente massimo per il quale è indispensabile una risposta efficiente, tempestiva, costante e immediata |

LA MAPPATURA DEI PROCESSI

Come descritto nel PNA 2022 “La mappatura dei processi costituisce una parte fondamentale dell’analisi di contesto interno”. Rafforzando quanto già descritto nel PNA 2019: “L’aspetto centrale e più importante dell’analisi del contesto interno [...] è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L’obiettivo è che l’intera attività svolta dall’amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell’attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Una mappatura dei processi adeguata consente all’organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l’efficienza allocativa e finanziaria, l’efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

Nel PNA 2019, nell’allegato 1 “indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi” l’ANAC traccia un elenco delle principali “aree di rischio”, intese come raggruppamenti omogenei di processi, distinte in generali e specifiche. Sono **generalì** quelle comuni a tutte le Amministrazioni, mentre sono **specifiche** quelle che riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte.

Aree di rischio generali :

- Acquisizione e progressione del personale;
- Affidamento di lavori, servizi e forniture;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni)
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè sovvenzioni, contributi, sussidi);
- Gestione delle Entrate delle Spese e del Patrimonio;
- Controlli, Verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Incarichi e nomine;
- Legale e contenzioso

Aree di rischio specifiche :

- Attività libero professionale intramoenia e liste di attesa;
- Rapporti contrattuali con privati accreditati ed i soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero;

Al fine di procedere con la graduale e progressiva “ mappatura dei processi ” delle aree interessate dagli obiettivi valore pubblico previsti nel PIAO, quali :

- area Pronto Soccorso e area Prestazioni Critiche nell’ambito dell’obiettivo di Valore pubblico n. 1 “*Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie*”;
- area Approvvigionamento dei servizi relativi all’implementazione del nuovo sistema ERP e del software per la Cartella Clinica Elettronica (contratti PNRR) in atto non ancora completati, nell’ambito dell’obiettivo di Valore pubblico n. 2 “*Semplificazione delle procedure amministrative correlate all’assistenza al paziente*”.

l’ente nel corso dell’anno 2023 ha realizzato appositi incontri con i referenti delle aree: Pronto soccorso; Prestazioni Critiche; Attività libero professionale e Liste di attesa, ai quali è stato chiesto di compilare la seguente scheda:

MAPPATURA DEI PROCESSI

| AREA | PROCESSO | ATTIVITÀ | RESPONSABILE DEL PROCESSO |
|-------------|-----------------|-----------------|----------------------------------|
| | | | |

Attraverso la presente scheda i dipendenti sono stati guidati nell’identificazione dei seguenti elementi:

| | |
|---------------------|---|
| AREA | Settore o Dipartimento dell’ente a cui è riconducibile il processo analizzato |
| PROCESSO | Percorso con cui l’ente produce un «output» (prodotto) |
| ATTIVITÀ | Azioni collegate che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all’ente |
| RESPONSABILE | Soggetto a capo del processo / fase /attività |

Si è pertanto proceduto ad identificare i rischi corruttivi inerenti ai processi analizzati, a programmare le misure correttive ed il relativo monitoraggio, seguendo le indicazioni contenute nel PNA 2019 e 2022, attraverso la compilazione della scheda di seguito riportata:

IDENTIFICAZIONE ANALISI E PONDERAZIONE DEI RISCHI

| <i>EVENTO CORRUTTIVO</i> | <i>FATTORE ABILITANTE</i> | <i>MISURA DI PREVENZIONE GIÀ IN ATTO</i> | <i>MISURA DI PREVENZIONE DA ATTUARE</i> | <i>TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA</i> | <i>INDICATORE DI MONITORAGGIO</i> | <i>RESPONSABILE DELLA MISURA</i> |
|--------------------------|---------------------------|--|---|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | | |

SCHEDE DEI PROCESSI MAPPATI

Vengono riportate di seguito le Schede dei processi mappati con i referenti delle aree: Pronto soccorso ; Liste di attesa; Attività libero professionale :

MAPPATURA DEI PROCESSI AREA PRONTO SOCCORSO

| | |
|------------------------------|---|
| AREA | PRONTO SOCCORSO |
| PROCESSO: | ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO |
| RESPONSABILE PROCESSO | DIRETTORE UOC PS /COORDINATORE INFERMIERISTICO PS |
| EVENTO CORRUTTIVO | <ul style="list-style-type: none"> - FAVORIRE UN PARTICOLARE PAZIENTE - FAVORIRE UN PARTICOLARE OPERATORE ECONOMICO |

1. ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO DEL PAZIENTE "IN AUTONOMIA"

| ATTIVITÀ | FATTORE ABILITANTE | MISURE GIÀ ATTUATE | MISURA NUOVA | TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORE DI MONITORAGGIO | RESPONSABILE DELLA MISURA |
|---|---|--|------------------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------|
| Accoglienza da parte del vigilante/ausiliario | <i>Non emergono elementi di rischio</i> | | | | | |
| Triage | Valutazione soggettiva da parte del paziente (il livello di dolore provato dal paziente è un parametro più rilevante) Discrezionalità dell'operatore nell'assegnare un codice colore | Utilizzo software: tracciamento del paziente e degli operatori coinvolti Attività collegiale (trriage fatto in più persone) | | | | |
| Rivalutazione | Monocraticità Valutazione soggettiva | Previsione cadenza oraria Utilizzo software che registra la rivalutazione, con motivazione | | | | |
| Chiamata del paziente | Domanda sanitaria alta Conflitto di interessi | Software accessibile a tutti gli operatori (trasparenza) | Meccanismo di chiamata elettronica | Entro dicembre 2024 | Acquisto | Provveditorato |
| Visita del paziente | Discrezionalità | Visita in presenza di medico e infermiere (processo collegiale) | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|
| Prescrizione medica | Discrezionalità Asimmetria informativa | Visita in presenza di medico e infermiere (processo collegiale) | | | | |
| Effettuazione esami strumentali e diagnostici | Discrezionalità Asimmetria informativa | Visita in presenza di medico e infermiere (processo collegiale) | | | | |
| Ricovero del paziente | <i>Non emergono elementi di rischio</i> | Controllo successivo da parte della Direzione Medica | | | | |
| Dimissioni del paziente | <i>Non emergono elementi di rischio</i> | | | | | |

2. ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO DEL PAZIENTE “TRAMITE AMBULANZA”

| ATTIVITÀ | FATTORE ABILITANTE | MISURE GIÀ ATTUATE | MISURA NUOVA | TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORE DI MONITORAGGIO | RESPONSABILE DELLA MISURA |
|---------------|---|--|--------------|---------------------|----------------------------|---------------------------|
| Triage | Valutazione soggettiva (dolore è un parametro rilevante) Discrezionalità | Utilizzo software: tracciamento del paziente e degli operatori coinvolti Utilizzo software: tracciamento del paziente e degli operatori coinvolti Attività collegiale (triage fatto in più persone) Indicazione del codice rosso già dagli operatori dell'ambulanza | | | | |
| Rivalutazione | Monocraticità Valutazione soggettiva | Previsione cadenza oraria Utilizzo software che registra la rivalutazione, con motivazione | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|---------------------|----------|----------------|
| Chiamata del paziente | Domanda sanitaria alta Conflitto di interessi | Software accessibile a tutti gli operatori (trasparenza) | Meccanismo di chiamata elettronica | Entro dicembre 2024 | Acquisto | Provveditorato |
| Visita del paziente | Discrezionalità | Visita in presenza di medico e infermiere (processo collegiale) | | | | |
| Prescrizione medica | Discrezionalità Asimmetria informativa | Visita in presenza di medico e infermiere (processo collegiale) | | | | |
| Effettuazione esami strumentali e diagnostici | Discrezionalità Asimmetria informativa | Visita in presenza di medico e infermiere (processo collegiale) | | | | |
| Ricovero del paziente | <i>Non emergono elementi di rischio</i> | Controllo successivo da parte della Direzione Medica | | | | |
| Dimissioni del paziente | <i>Non emergono elementi di rischio</i> | | | | | |

MAPPATURA DEI PROCESSI AREA LISTE D'ATTESA

| | |
|------------------------------|---|
| | LISTE D'ATTESA |
| PROCESSO: | GESTIONE LISTA D'ATTESA – AREA CHIRURGICA |
| RESPONSABILE PROCESSO | Direttore dell'UOC / Dirigenti Medici |
| EVENTO CORRUTTIVO | <ul style="list-style-type: none"> - Privilegiare un paziente - Privilegiare un particolare operatore economico |

| ATTIVITÀ | FATTORE ABILITANTE | MISURE GIÀ ATTUATE | MISURA NUOVA | TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORE DI MONITORAGGIO | RESPONSABILE DELLA MISURA |
|---|---|--|--|---------------------|---|---|
| Accettazione del paziente | Prenotazione alla stessa ora di più pazienti. Compresenza di più pazienti in sala d'attesa. Mancata conoscenza dei meccanismi/situazioni in cui l'ordine possa cambiare (es. urgenze o pazienti particolarmente fragili) da parte dei pazienti in attesa. | Meccanismo numerico per l'accesso Utilizzo software ORMAWEB | | | | |
| Visita del paziente | Durante la visita sono presenti solo operatore e paziente | Applicazione del Codice di comportamento Utilizzo software ORMAWEB | Evidenza del Codice di comportamento nel sito dell'ente. Comunicazione sul Codice di comportamento. | Entro dicembre 2024 | Invio della comunicazione Pubblicazione evidenziata sul sito | RPCT |
| Prescrizione del trattamento chirurgico – scelta della priorità | Discrezionalità Mancanza di programmazione Alto numero di prenotazioni interventi Ridotta disponibilità delle sale Imprevedibilità della necessità di interventi | Utilizzo software HERO Utilizzo software GSA Utilizzo software ORMAWEB Supervisione direttore UO | Richiesta alla software house di prospetto annuale su andamenti/variazioni priorità. | Entro dicembre 2024 | Ricezione del prospetto | Ingegnere gestionale / Direzione medica |
| Prescrizione del trattamento chirurgico – scelta della data | Carenza di personale Mancanza di programmazione Alto numero di prenotazioni interventi Ridotta disponibilità delle sale Imprevedibilità della necessità di interventi | Utilizzo software ORMAWEB Indicazione al paziente di un range indicativo di date per l'intervento Gestione delle chiamate da parte di persona terza del reparto (segregazione delle funzioni) Supervisione direttore UO | Predisposizione programmazione annuale | Entro dicembre 2024 | Effettuazione della programmazione | Direttore UO/Dirigenti medici |
| Rivalutazione diagnosi | Discrezionalità del medico | Utilizzo software HERO – con indicazione della motivazione della rivalutazione Utilizzo software ORMAWEB | Richiesta alla software house di prospetto annuale su andamenti/variazioni priorità | Entro dicembre 2024 | Ricezione del prospetto | Ingegnere gestionale / Direzione medica |
| Scelta dei dispositivi da impiantare | Discrezionalità Specificità della patologia Alto numero di operatori sul mercato | Scelta dei dispositivi tra le ditte già selezionate dall'ente Utilizzo software ORMAWEB | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| Esecuzione operazione | <i>Non emergono elementi di rischio</i> | | | | | |
| Scelta terapia post-operatorio | Discrezionalità del medico | Indicazione del farmaco da parte della farmacia (segregazione della funzione) Utilizzo software ORMAWEB | | | | |
| Dimissioni del paziente | <i>Non emergono elementi di rischio</i> | | | | | |

| | |
|------------------------------|---|
| AREA | LISTE D'ATTESA |
| PROCESSO: | GESTIONE LISTA D'ATTESA – AREA DIAGNOSTICA |
| RESPONSABILE PROCESSO | Direttore UO / Dirigenti Medici |
| EVENTO CORRUTTIVO | <ul style="list-style-type: none"> - Privilegiare un paziente - Privilegiare un particolare operatore economico |

| ATTIVITÀ | FATTORE ABILITANTE | MISURE GIÀ ATTUATE | MISURA NUOVA | TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORE DI MONITORAGGIO | RESPONSABILE DELLA MISURA |
|---|---|---|--|---------------------|--|---------------------------|
| Accettazione del paziente | Prenotazione alla stessa ora di più pazienti Alto numero di visite | Meccanismo numerico per l'accesso | | | | |
| Visita del paziente | Durante la visita sono presenti solo operatore e paziente | Applicazione del Codice di comportamento | Evidenza del Codice di comportamento nel sito dell'ente Comunicazione sul Codice di comportamento | Entro dicembre 2024 | Invio della comunicazione. Pubblicazione evidenziata sul sito. | RPCT |
| Prescrizione del trattamento diagnostico e terapeutico /strumentale | Discrezionalità del medico | Utilizzo software HERO Report trimestrale sulle prescrizioni/spese da parte della Direzione Aziendale Supervisione direttore UO | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|
| Scelta struttura convenzionata per riabilitazione | Asimmetria informativa | Liste predisposte di strutture con le informazioni utili | | | | |
| Scelta terapia post-operatorio | Discrezionalità del medico | Indicazione del farmaco da parte della farmacia (segregazione della funzione) Report trimestrale sulle prescrizioni/spese da parte della Direzione Aziendale | | | | |
| Controllo della terapia | Discrezionalità del medico Alto numero di visite | Utilizzo software HERO Supervisione direttore UO Report trimestrale sulle prescrizioni/spese da parte della Direzione Aziendale | | | | |

MAPPATURA DEI PROCESSI AREA INTRAMOENIA

| | |
|---------------------------|---|
| AREA | INTRAMOENIA |
| PROCESSO: | GESTIONE E PAGAMENTO PRESTAZIONI INTRAMOENIA |
| FATTORE ABILITANTE | Direttore Generale/UOC Economico Finanziario / UOC Risorse Umane |
| EVENTO CORRUTTIVO | <ul style="list-style-type: none"> - Favorire un particolare paziente a discapito del SSR - Favorire un particolare medico - Utilizzo illecito di apparecchiature/attrezzature del SSR |

| ATTIVITÀ | | MISURE GIÀ ATTUATE | MISURA NUOVA | TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORE DI MONITORAGGIO | RESPONSABILE DELLA MISURA |
|--|---|---|--------------|---------------------|----------------------------|---------------------------|
| Compilazione del modulo con indicazioni con indicazione prestazioni / orari / tariffario | <i>Non emergono elementi di rischio</i> | Prestazioni che il medico richiede di realizzare in intramoenia devono corrispondere ad un codice regionale. Approvazione da parte del DG | | | | |
| Invio del modulo al Ced | <i>Non emergono elementi di rischio</i> | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---------------------|------------------------------------|---|
| Prenotazione da parte del paziente - ticket / numero verde / app / il medico stesso - inserimento nell'agenda digitale | Molteplicità di canali di prenotazione Alta richiesta di visite private Gestione urgenze - visite inseribili dal medico ulteriori rispetto a quelle indicate nell'agenda Discrezionalità del medico nel valutare le urgenze | Agenda digitale accessibile da diversi soggetti Predisposizione di report su intramoenia da inviare alla Regione | | | | |
| Svolgimento visita intramoenia | Mancanza di spazi dedicati appositamente all'intramoenia. Difficoltà di controlli su reale tempo dedicato all'intramoenia e sulla reale prestazione . | | Controlli a campione sulle prestazioni e sulle timbrature | Entro dicembre 2024 | Effettuazione della programmazione | Direzione Medica di Presidio Settore Risorse Umane |
| Svolgimento visita SSR | Conflitto di interessi del medico. Asimmetria informativa. | Controllo sugli importi (il costo della visita/prestazione intramoenia non deve essere inferiore al Ticket Sanitario) | | | | |
| Pagamento da parte del paziente | <i>Non emergono elementi di rischio</i> | | | | | |
| Emissione fattura | <i>Non emergono elementi di rischio</i> | | | | | |
| Pagamento del medico e infermieri | Processo monocratico Utilizzo di foglio Excel – processo non informatizzato | Presenza codici sulla fattura Controllo postumo | | | | |

Nel corso dell'anno 2025 verrà completata la mappatura dei processi inerenti alle aree interessate dall'Obiettivo di valore pubblico n.2 "Semplificazione delle procedure amministrative correlate all'assistenza al paziente", previsto nel PIAO: area Approvvigionamento dei servizi relativi all'implementazione del nuovo sistema ERP e del software per la Cartella Clinica Elettronica (contratti PNRR), in atto non ancora completati, mediante l'identificazione dei rischi corruttivi inerenti ai processi inerenti che verranno analizzati con i referenti area contratti pubblici

MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Come indicato dal PNA 2019, "il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi". In tale fase, le amministrazioni non devono limitarsi a proporre delle misure astratte o generali, ma devono progettare l'attuazione di misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili. La fase di individuazione delle misure deve quindi essere impostata avendo cura di temperare anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non attuabili. L'individuazione e la progettazione delle misure per la prevenzione della corruzione deve essere realizzata tenendo conto di alcuni aspetti fondamentali. In primo luogo, la distinzione tra misure "specifiche" e "generali".

Misure specifiche

Tramite l'individuazione delle misure di prevenzione specifiche l'ente intende indicare chiaramente l'intervento organizzativo che l'amministrazione ha individuato e vuole attuare, coinvolgendo la struttura organizzativa e valutando le indicazioni dei soggetti interni interessati.

Per definire le misure specifiche è stata data la priorità ai processi relativi alle aree inerenti gli obiettivi di valore pubblico descritti nel PIAO.

Così come richiesto dal PNA 2022, ciascuna misura organizzativa viene definita prevedendo appositi indicatori e obiettivi (valori attesi), necessari per verificare la corretta attuazione delle stesse.

Al fine di identificare in maniera puntuale le misure da adottare che ogni singolo processo/rischio mappato, l'ente utilizza la seguente scheda:

| <i>MISURA DI PREVENZIONE IN ATTO</i> | <i>MISURA DI PREVENZIONE DA ATTUARE</i> | <i>TEMPI DI ATTUAZIONE</i> | <i>INDICATORE DI MONITORAGGIO</i> | <i>RESPONSABILE DELLA MISURA</i> |
|--------------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| | | | | |

Misure generali e Obbligatorie

La strategia generale di prevenzione della corruzione si basa su una costante e approfondita attività di sensibilizzazione/formazione del personale sui temi della trasparenza, della prevenzione della corruzione, dell'integrità dell'attività amministrativa e dell'etica pubblica.

Nel P.N.A. 2019, parte III: "Le misure generali di prevenzione della corruzione e il piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza" paragrafo 2: "PTPCT e formazione", si pone in evidenza che "... formazione in materia di prevenzione della corruzione basata prevalentemente sull'analisi della regolazione e delle disposizioni normative rilevanti in materia: Tale approccio non vuole essere assolutamente svalutato, ma si ritiene debba essere arricchito sia con il ruolo più attivo dei discenti, valorizzando le loro esperienze, sia con un lavoro su casi concreti che tengano conto della specificità di ogni amministrazione".

Questa Azienda anche nel triennio 2025/2027, farà propri i contenuti del PNA 2019, in materia di formazione e agirà coerentemente alle linee delineate nel Piano soprattutto fa proprio il concetto secondo il quale la formazione: "sia sempre più orientata all'esame di casi concreti calati nel contesto delle diverse amministrazioni e favorisca la crescita di competenze tecniche e comportamentali dei dipendenti pubblici in materia di prevenzione della corruzione".

Annualmente l'Azienda adotta il Piano Formativo Aziendale, in ottemperanza alle recenti disposizioni in materia di accreditamento, che è preceduto dal monitoraggio del fabbisogno formativo inviato ai Direttori delle UU.OO. e ai Coordinatori delle UU.OO. affinché gli attori del sistema presentino proposte in sintonia con la mission aziendale.

Di seguito si riporta la tabella programmatica riassuntiva dell'obiettivo ed azioni in tema di *formazione*.

| | |
|----------------------|--|
| Obiettivo | Accrescere la conoscenza dei dipendenti in tema di prevenzione della corruzione - metodologie di mappatura ed analisi dei rischi |
| Azione da realizzare | Realizzazione di eventi formativi pratici ed operativi diretti alla mappatura dei processi ed analisi dei rischi |
| Indicatore | Organizzazione e svolgimento di almeno 1 evento formativo |
| Tempistica | Entro 31/12/2025 |

Codice etico-comportamentale

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

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

Il Codice Etico-Comportamentale integra, ai sensi dell'art. 54, comma 5 del D.L.vo n. 165/2001 e s.m.i., le previsioni del Codice Generale di comportamento dei dipendenti pubblici contenute al DPR n. 62/2013 e alle modifiche apportate con il D.P.R. del 13 giugno 2023 n. 81 al D.P.R. del 16 aprile 2013 n. 62, recante "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art. 54 del d.lgs n. 165 del 30 marzo 2001", ai cui contenuti si fa integrale rinvio, in quanto interamente applicabili e cogenti per tutto il personale dell'Azienda.

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

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

Di seguito si riporta la tabella programmatica riassuntiva dell'obiettivo ed azioni in tema di *Codice etico-comportamentale*:

| | |
|----------------------|---|
| Obiettivo | Ampliare la conoscenza del Codice di Comportamento |
| Azione da realizzare | Realizzazione di eventi formativi |
| Indicatore | Organizzazione e svolgimento di almeno 1 evento formativo |
| Tempistica | 31/12/2025 |

Rotazione del personale

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume particolare rilievo l'applicazione del principio di rotazione ordinaria del personale, addetto principalmente alle aree a rischio.

Tale misura organizzativa è finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che alimentano dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. La ratio della norma si fonda sul presupposto che l'alternanza possa ridurre il rischio derivato dal fatto che i dipendenti pubblici, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività e instaurando relazioni frequenti con gli stessi fornitori o utenti, possano essere sottoposti a pressioni esterne o consolidare posizioni di privilegio.

Si prende atto che in materia altri fondamentali documenti sono rappresentati dalle Linee guida contenute nella Determinazione n. 1134 dell'8 novembre 2017 e dalla delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l – quater, del d.lgs n.165 del 2001)

E' opportuno che si adotti un criterio di gradualità nella rotazione, partendo dai responsabili delle aree maggiormente esposte a rischio.

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

Per il personale non dirigenziale si potrebbe attivare una procedura di interpellato. Nello stesso ufficio si può realizzare una rotazione così detta “funzionale”, che si basa sulla rotazione periodica dei responsabili dei procedimenti e delle relative istruttorie. Negli uffici a contatto con il pubblico può realizzarsi l’alternanza tra chi opera nel back office e chi lavora nel front office.

L’Azienda Ospedaliera per l’Emergenza Cannizzaro, al verificarsi di fenomeni corruttivi, si impegna ad applicare lo strumento della “rotazione straordinaria” ai sensi dell’art. 16, c. 1, lett. 1 quater del D.lgs. 165/2001, novellato, secondo cui “i dirigenti provvedono al monitoraggio delle attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, svolte dall’Ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nel caso di avvio di procedimenti disciplinari per condotte di natura corruttiva”.

Corre d’obbligo in calce rilevare che, attualmente la rotazione non viene effettuata a causa della esiguità delle risorse umane e della infungibilità di determinate figure dirigenziali (Avvocato; Ingegnere)

Conflitto di interessi

Come indicato dall’OCSE *il conflitto di interessi emerge quando un funzionario pubblico ha un interesse privato che potrebbe influenzare impropriamente lo svolgimento dei propri doveri e responsabilità pubbliche.*

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

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

Altra norma richiamata dall’ANAC è l’art. 6-bis “conflitto di interesse” della legge 241/1990, introdotto dall’art.1 comma 41, della legge 190/2012 che testualmente recita: “Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale”. E’ fondamentale rilevare che tale disposizione: “ha una valenza prevalentemente deontologico- disciplinare e diviene principio generale di diritto amministrativo che non ammette deroghe”. Da questa norma sorge l’obbligo di astenersi, da parte dei dipendenti o di altri soggetti, alle decisioni o alla partecipazione ad atti che possano configurarsi come potenziale conflitto di interesse. La segnalazione del conflitto di interesse (ai sensi dell’articolo appena citato e degli art. 6 e 7 del D.P. R. n.62 del 2013 già richiamati) deve essere immediatamente comunicata al superiore gerarchico all’organo di indirizzo: “che, esaminate le circostanze, valuta se la situazione rilevata realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l’imparzialità dell’agire amministrativo.”. L’ANAC nell’aggiornamento 2019 sottolinea che: “le violazioni del Codice di comportamento sono fonte di responsabilità disciplinare accertata in esito ad un procedimento disciplinare, con sanzioni applicabili in base a principi di gradualità e proporzionalità, ai sensi dell’art. 16 del D.P.R. n.62/2013, fatte salve eventuali ulteriori responsabilità civili, penali o contabili o amministrative.”

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

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

Resta inteso che ove il conflitto riguardi i dirigenti apicali, la valutazione delle iniziative da assumere sono a carico del Responsabile della prevenzione della corruzione, e ciò in sintonia con quanto dispone il Piano Nazionale della Corruzione. Per quanto concerne l’astensione del dipendente, si dispone in concreto che sulla stessa debba decidere

il responsabile dell'U.O., oppure dell'ufficio di appartenenza, con l'onere di provvedere ad organizzare un sistema di archiviazione dei casi di astensione.

L'art. 1 comma 9 lett. e) della legge 190/2012 stabilisce che le pubbliche amministrazioni sono tenute a "monitorare i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione, o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione". La norma comporta che al momento dell'insediamento della commissione di gara in materia di appalti o beni e servizi, i dirigenti e/o il RUP del Settore tecnico e del Settore Provveditorato provvedano a far compilare ai componenti della Commissione di gara idonea dichiarazione attestante l'inesistenza di relazioni di parentela con i rappresentanti delle ditte partecipanti, al fine di valutare potenziale conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 1 comma 41 della L. 190/2012, degli art. 6 e 7 del DPR 62/2013, dell'art. 6-bis della L. 241/1990 e dal Codice degli Appalti.

Si richiama a tal proposito: il "Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi di Direzione di Complessa del ruolo sanitario", adottato con delibera n. 739/CS dell'11/05/2023, in ottemperanza alle disposizioni di cui al Decreto Assessoriale n. 305 del 07/04/2023, che disciplina la procedura di conferimento degli incarichi, in attuazione dell'art. 15, comma 7/bis del D.Lgs n. 502/1992 e, s.m.i., pubblicato sul sito aziendale <https://www.ospedale-cannizzaro.it/trasparenza/details.aspx?contentID=765>

Si sottolinea, pertanto, come nell'ambito del suddetto regolamento, all'art. 6 intitolato "Operazioni di sorteggio e nomina della commissione", al punto 4 venga sancito: *"Concludere le suddette operazioni, l'Azienda provvede all'accertamento del possesso, da parte dei soggetti estratti, dei requisiti concernenti la sussistenza di cause di incompatibilità o di altre situazioni nelle quali potrebbe essere compromessa l'imparzialità del giudizio. Si richiamano, a tal fine, le disposizioni di cui agli articoli 51 e 52 del Codice di procedura civile, 35, c. 3 lett. e), 35 - bis, c.1 lett. a), del D.lgs. 165/2001 e s.m.i. nonché le disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013. All'atto dell'accettazione della nomina, l'interessato dovrà dichiarare di non trovarsi nelle condizioni di cui sopra e di non trovarsi in situazioni, attuali o potenziali, di conflitto di interessi rispetto allo svolgimento del proprio operato".*

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

Questa Azienda fa proprie le definizioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione sulle varie tipologie di conflitto come di seguito riportato:

- Attuale: presente nel momento dell'azione o decisione del soggetto tenuto al rispetto del Codice
- Potenziale: che potrà diventare attuale in un momento successivo
- Apparente: che può essere percepito dall'esterno come tale
- Diretto: che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice
- Indiretto: che attiene a entità o individui diversi dal soggetto tenuto al rispetto del Codice ma allo stesso collegati

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

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

Ogni dipendente è tenuto a:

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

Un fondamentale impulso in materia di conflitto di interesse è stato dato in Sicilia dalle Circolari assessoriali. In ottemperanza alla nota ass. n. 25687 del 25/03/2019 è stato costituito: “Il Comitato di valutazione dei conflitti”, atto a valutare i casi di maggiore complessità, del quale si è preso atto con deliberazione n. 2271 del 21/08/2019. Le figure professionali individuate dalla Direttiva Assessoriale, qui di seguito indicate:

- n.1 Dirigente dell’area dei servizi legali
- n.1 Dirigente delle Risorse Umane (autorizzazioni extra-istituzionali)
- n.1 Dirigente della farmacia
- n.1 Risk Manager
- n.1 Dirigente della Direzione Sanitaria
- n.1 Dirigente esperto in sperimentazioni cliniche

In questa Azienda Ospedaliera sono stati nominati i seguenti dipendenti:

- Dott. Carmelo Leocata - Funzionario Amministrativo Servizio Legale
- Dott.ssa Maria Spampinato - Dirigente Amministrativo Settore del Personale
- Dott.ssa Agata La Rosa - Direttore dell’UOC di Farmacia
- Dott.ssa Anna Maria Longhitano - Direttore UOC Staff Direzione Generale
- Dott.ssa Teresa Travaglianti - Dirigente Farmacista esperto in sperimentazioni cliniche

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

Di seguito si riporta la tabella programmatica riassuntiva dell’obiettivo ed azioni in tema di *Conflitto di Interessi*:

| | |
|----------------------|---|
| Obiettivo | Facilitare l’emersione di eventuali situazioni di conflitto di interessi |
| Azione da realizzare | Controllo sulla corretta acquisizione e conservazione delle dichiarazioni |
| Indicatore | Controllo su almeno il 3% delle dichiarazioni di conflitto di interesse da parte di ciascuna Unità Operativa di riferimento |
| Tempistiche | 31/12/2025 |

Inconferibilità e incompatibilità nel conferimento di incarichi dirigenziali

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

Il dettato normativo ha la finalità di garantire l’imparzialità dei funzionari pubblici, proteggendoli da influenze che derivano dai privati. Ai fini di tutelare la correttezza e la rispettabilità degli incarichi dirigenziali, l’art. 3 del citato decreto, vieta l’assunzione di incarichi in caso di sentenza di condanna anche non definitiva per reati perpetrati contro la P.A. (capo I del libro secondo del Codice Penale)

Preliminarmente, conviene sottolineare la differenza fra «incompatibilità» e «inconferibilità». Con la «incompatibilità (disciplinata nei Capi V e VI del d.lgs. n. 39/2013), si fa riferimento all’obbligo, in capo al soggetto cui viene conferito l’incarico, di scegliere, a pena di decadenza, tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e lo svolgimento di incarichi

e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico. Con la "Inconferibilità" si fa riferimento al divieto di conferimento di incarichi nel caso di sentenza di condanna anche non definitiva per reati perpetrati contro la P.A. (capo I del libro secondo del Codice Penale). La causa di incompatibilità può, quindi, essere rimossa, a differenza del caso di inconferibilità, mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi incompatibili.

Le suddette dichiarazioni devono essere acquisite all'atto del conferimento di uno degli incarichi disciplinati dal suddetto decreto. In particolare, la dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità costituisce condizione di efficacia dell'incarico e, sarebbe auspicabile che il procedimento di conferimento dell'incarico si perfezioni solo all'esito della verifica sulla dichiarazione resa dall'interessato, da effettuarsi tenendo conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae allegato alla predetta dichiarazione e dei fatti notori comunque acquisiti. La dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità deve essere ripetuta annualmente; entrambe le tipologie di dichiarazioni devono comunque essere rinnovate ogni qualvolta sopraggiungano eventi rilevanti (ad esempio una sentenza di condanna ai sensi dell'art. 3 del d.lgs n. 39/2013).

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

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

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

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

Il RPCT esercita attività di "vigilanza interna", con l'obiettivo di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitti di interessi, si attiva per promuovere procedimenti di accertamento nel caso del conferimento di un incarico in contrasto delle disposizioni contenute nel d.lgs. n. 39/2013.

Questa Azienda pubblica sul sito Amministrazione trasparente, le dichiarazioni di insussistenza delle cause di incompatibilità e inconferibilità, ai sensi del D.lgs. 8 aprile 2013 n. 39, delle figure apicali, nonché dei Componenti del Collegio Sindacale e dell'OIV, che vengono rilasciate annualmente.

Di seguito si riporta la tabella programmatica riassuntiva dell'obiettivo ed azioni in tema di *Inconferibilità e incompatibilità nel conferimento di incarichi dirigenziali*:

| | |
|----------------------|--|
| Obiettivo | Assicurare il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità |
| Azione da realizzare | Tempestiva pubblicazione degli atti di conferimento dell'incarico e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità |
| Indicatori | Verifica sulla corretta pubblicazione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità su almeno il 50% degli atti di conferimenti di incarico |
| Tempistiche | 31/12/2025 |

Attività ed incarichi extra-istituzionali

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

La norma ha lo "scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali".

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

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

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

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

Di seguito si riporta la tabella programmatica riassuntiva dell'obiettivo ed azioni in tema di *attività ed incarichi extra-istituzionali*:

| | |
|----------------------|--|
| Obiettivo | Assicurare l'applicazione della procedura per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi |
| Azione da realizzare | Verificare il corretto utilizzo e la raccolta dell'apposita modulistica |
| Indicatore | Controllo su almeno il 3% delle richieste di autorizzazione da parte di ciascuna Unità Operativa di riferimento. |
| Tempistiche | 31/12/2025 |

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

L'applicazione della disciplina sul *pantouflage* comporta che il dipendente che ha cessato il proprio rapporto lavorativo "pubblicistico" non svolga "un'attività lavorativa o professionale" presso un soggetto privato destinatario dell'attività della pubblica amministrazione.

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

amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”.

L’Autorità anticorruzione mette in evidenza come il divieto di *pantouflage*, alla luce della normativa predetta, serva a : “scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all’interno dell’amministrazione potrebbe preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Allo stesso tempo il divieto è volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di una amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione)”.

Ai fini dell’ambito di applicazione l’ANAC richiama l’art. 21 del d.lgs 39/2013, in merito all’attuazione dell’art.53, co. 16 –ter del d.lgs. 165/2001, che stabilisce che soggiacciono alla disposizione anche i soggetti titolari di incarichi.

L’autorità sottolinea che il divieto di *Pantouflage* si applica per qualsiasi attività lavorativa o professionale con i soggetti privati e , quindi , sia per i rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato e sia per l’affidamento di incarichi o consulenze (a tal fine l’Autorità rimanda al parere espresso AG/2 del 4 febbraio 2015) e riguarda il divieto posto ai soggetti privati di assumere i dipendenti cessati dal servizio mediante l’assunzione a tempo determinato o indeterminato, ma anche l’affidamento di incarico o consulenza.

Sono esclusi dal *pantouflage* gli incarichi di natura occasionale, privi, cioè, del carattere della stabilità: l’occasionalità dell’incarico, infatti, fa venire meno anche il carattere di “attività professionale” richiesto dalla norma, che si caratterizza per l’esercizio abituale di un’attività autonomamente organizzata

I soggetti individuati dalla Autorità, nei confronti dei quali vige il divieto di *pantouflage*, sono principalmente coloro che all’interno della PA, occupano funzioni apicali e incarichi dirigenziali, (art.19 comma 6 del d.lgs 165/2001) o ai quali sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all’ esterno dell’Ente che svolgono concretamente poteri autoritativi e negoziali, ai sensi dell’art. 53 comma 16 ter del decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165, attraverso l’emanazione di provvedimenti giuridici ed economici dell’Ente. L’ANAC chiarisce che il divieto si applica anche a coloro i quali abbiano partecipato alla istruttoria attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali (pareri, perizie, certificazioni), in tal modo “hanno inciso in maniera determinante alla decisione del provvedimento finale”. Si richiama per rafforzare il concetto il Parere dell’ANAC AG/74 del 21 ottobre 2015 e orientamento n.24/2015: “Pertanto il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l’atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento”

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

Questa Amministrazione facendo proprio il suggerimento contenuto nell’aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione incarica il Settore Risorse Umane a far sottoscrivere, sia all’atto della assunzione e sia all’atto della cessazione del servizio, apposite clausole che prevedono il divieto di *pantouflage*, ai sensi dall’ art 53, co. 16-ter del d.lgs. n. 165 del 2001, che vieta l’attività lavorativa presso soggetti privati ai Dirigenti o ai dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell’Ente.

Per quanto riguarda gli atti di gara o gli atti podromici agli affidamenti di contratti pubblici, i competenti Settori "Provveditorato" e "Tecnico" inseriscono nei bandi di gara: “l’obbligo per l’operatore economico concorrente di dichiarare di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto di *pantouflage*, in conformità anche a quanto previsto nei bandi - tipo adottati dall’ANAC.

Il RPCT si impegna a segnalare all’Autorità, con le modalità e nei termini di legge, la violazione del *Pantouflage* qualora ne abbia conoscenza.

Di seguito si riporta la tabella programmatica riassuntiva dell’obiettivo ed azioni in tema di *pantouflage*:

| | |
|----------------------|--|
| Obiettivo | Accrescere la conoscenza del divieto di <i>pantouflage</i> |
| Azione da realizzare | Controllo sui rapporti di lavoro cessati |
| Indicatori | Verifica sul almeno il 10% dei rapporti di lavoro cessati |
| Tempistiche | 31/12/2025 |

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

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

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

- a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

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

Al fine di dare attuazione alla presente disposizione, si prevede che:

- la regolamentazione aziendale che disciplina la formazione delle commissioni di concorso o di gara e il conferimento di funzioni direttive sia integrata con l'esplicita previsione delle condizioni ostative ex all'art. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001.
- Le commissioni giudicatrici che si formano ai sensi del Codice dei contratti pubblici, devono essere costituite nel rispetto della norma contenuta nell'art.35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001.

Si richiama di seguito “L'art. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001” che prevede *“ipotesi interdittive allo svolgimento di determinate attività per qualsiasi dipendente, quale che sia la qualifica giuridica, condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro II del codice penale”* (PNA 2019). Pertanto, le nomine che non rispettano l'art. 35/bis sono nulle e il provvedimento emanato è illegittimo.

L'ANAC nel PNA 2019 sottolinea che il citato art. 35 bis presenta delle analogie con l'art. 3 del D.lgs 39/2013.

Qualora durante l'espletamento di un incarico si verificano le cause dei divieti, ai sensi della normativa richiamata, il dirigente deve pertanto essere assegnato ad altro ufficio o sostituito.

Anche in questo ambito vale, pertanto, il contenuto del paragrafo *“Incompatibilità e inconfiribilità nel conferimento di incarichi dirigenziali”*, di seguito riepilogato:

- Ai sensi dell'art 3 del D.lgs. 39/2013 (*inconferibilità di incarichi in caso di condanna*), il RPCT se l'inconferibilità si manifesta durante l'espletamento dell'incarico, ai sensi dell'art.15 (Vigilanza sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità delle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico) la contesta all'interessato. I casi di possibile violazione, ai sensi del comma 2 e del comma 3 dell'articolo citato, devono essere segnalati all'Autorità anticorruzione, così come il provvedimento di revoca dell'incarico.
- Sarà cura dei Settori del Personale, del Provveditorato e del Tecnico inserire rispettivamente nei bandi di concorso e nei bandi di gara direttive o clausole atte ad effettuare controlli sui procedimenti penali.
- Secondo le direttive del PNA 2019: "Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'amministrazione.....":
 - si astiene di conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione
 - applica le misure previste dall'art. 3 del D. lgs. 39/2013
 - provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)

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

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

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

Con deliberazione n 374 del 30/01/2020 è stato aggiornamento del Regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (Whistleblower) approvato con deliberazione n. 2102 del 13/05/2015.

Dal 15 luglio 2023 sono diventate efficaci le nuove procedure di whistleblowing introdotte con il D.Lgs. n. 24/2023, che recepisce la Direttiva UE 2019/1937 e amplia le tutele in caso di segnalazioni di illeciti, estendendo l'ambito applicativo soggettivo e le procedure per preservare i soggetti segnalanti da possibili ritorsioni.

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

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

Di seguito si riporta la tabella programmatica riassuntiva dell'obiettivo ed azioni in tema di *whistleblowing*:

| | |
|----------------------|--|
| Obiettivo | Tutelare la riservatezza dell'identità dei segnalanti |
| Azione da realizzare | Realizzazione di momenti formativi in tema di whistleblowing |
| Indicatori | Organizzazione e svolgimento di almeno 1 evento formativo |
| Tempistica | Entro 31/12/2025 |

Patto di integrità

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

Il punto 1.9 del Piano nazionale Anticorruzione 20 (dedicato ai Patti di integrità negli affidamenti) espressamente recita: "Le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell'art. 1, comma 17, della L. n. 190/2012, di regola, predispongono ed utilizzano protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine, le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto".

I Patti di integrità configurano un complesso di regole di comportamento volte alla prevenzione del fenomeno corruttivo e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti gli operatori economici e ...*"sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione ed operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite" ...*" (PNA 2019)

Si rileva che "Il Patto di integrità relativo alle gare di appalto, lavori, beni e servizi svolti da questa Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro" **è stato** predisposto nel rispetto della normativa vigente in materia di appalti e di Anticorruzione e viene allegato a tutti i bandi di gara di questa Amministrazione nonché pubblicato come allegato al presente Piano, proprio per favorirne la massima conoscenza.

MONITORAGGIO SULL'IDONEITÀ E SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE

L'attività di monitoraggio consente di assicurare che il sistema di controllo interno sia sempre aggiornato e adeguato all'organigramma e ai processi dell'Azienda. Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione e sul funzionamento dello strumento di programmazione è una fase di fondamentale importanza per il successo del sistema di prevenzione della corruzione. Nel PNA 2022 le amministrazioni e gli enti sono stati chiamati a rafforzare il proprio impegno sul monitoraggio effettivo di quanto programmato.

In merito al monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure adottate:

- l'Azienda si impegna a monitorare l'applicazione delle misure sia generali che specifiche.
- Per le misure generali per la verifica dell'azione di monitoraggio utilizzerà le tabelle riportate nei paragrafi precedenti.
- Per le misure specifiche il monitoraggio verrà fatto utilizzando la scheda descritta nella pag. 24. Una volta effettuata la mappatura verranno stabiliti gli indicatori di monitoraggio e la tempistica di monitoraggio.
- Il monitoraggio delle misure verrà effettuato periodicamente, tramite apposite richieste di rendicontazione che il responsabile anticorruzione invierà agli uffici competenti.

TRASPARENZA

Questa Amministrazione ottempera agli obblighi di trasparenza mediante la pubblicazione delle informazioni sulla sezione Amministrazione Trasparente da parte delle varie UU.OO., ai sensi del d.lgs. n. 33/2013, così come modificato dal 97/2016, secondo il quale *"le pubbliche amministrazioni pubblicano e aggiornano le informazioni e i dati concernenti la propria organizzazione", relative anche "all'articolazione degli uffici, le competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici"*; *"...Le pubbliche amministrazioni garantiscono la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità"*.

Nel rispetto dei principi stabiliti dalla normativa citata e, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, è stato stabilito che ogni UU.OO. deve garantire l'aggiornamento della rispettiva sezione trasparenza del sito web aziendale.

In tal modo, è stata creata una rete di referenti, responsabili della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati, sempre attiva e di immediato coinvolgimento.

L'Azienda ha tenuto aggiornato il sito web aziendale, attraverso la supervisione del responsabile della Comunicazione - Dott. Orazio Vecchio. In questo modo, attraverso la pubblicazione dei dati sul sito aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", si offre la possibilità ai portatori di interesse (stakeholders) di conoscere sia le azioni sia i comportamenti strategici che l'amministrazione intende adottare.

Il D. lgs. 97/2016 ha operato una profonda revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di pubblicità e trasparenza, dettate dal D. lgs. 33/2013, come per esempio l'accorpamento del documento di gestione della trasparenza all'interno dell'ente (sostituzione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità con un'apposita sezione interna al PTCP) e la previsione di un unico soggetto responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza; la revisione dell'elenco dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria; l'introduzione del c.d. accesso civico generalizzato.

Le schede degli obblighi di pubblicazione ai sensi del D. lgs. n. 33/2016 s.m.i., come aggiornati dagli allegati al PNA 2022 anche in tema di bandi e contratti pubblici, vengono allegati al PIAO e pubblicati su AT nella sezione "altri contenuti prevenzione dell'anticorruzione".

A seguito delle modifiche introdotte alle modalità di assolvimento degli adempimenti di trasparenza amministrativa dei contratti pubblici, dal Nuovo Codice dei Contratti (D.Lgs 36/2023) e dalle Delibere attuative ANAC n. 264 del 20/06/2023, come modificata ed integrata con delibera n. 601 del 19/12/2023, con le quali sono individuati "gli atti, le informazioni e i dati relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici oggetto di trasparenza ai fini e per gli effetti dell'art.37 del decreto trasparenza e dell'art. 28 del Codice dei Contratti", nel corso dell'anno 2024 questa Azienda ha aggiornato la Sezione Amministrazione Trasparente Aziendale, sottosezione "Bandi di gara e Contratti", in conformità alle suddette disposizioni .

Il PNA 2019 afferma che l'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) sugli obblighi di trasparenza ha mantenuto sostanzialmente inalterate le mansioni stabilite nel D.lgs. 150/2009. L'attestazione degli obblighi di pubblicazione trova fondamento ai sensi dell'art.14. comma 4 lett. G) del decreto citato e dall'art. 44 del D.lgs 33/2013.

Gli OIV verificano la pubblicazione dei dati, ne attestano annualmente la pubblicazione e sono chiamati ad "esprimersi anche sui profili qualitativi e di completezza di contenuto. Si rileva come l'OIV di questa Azienda abbia espletato annualmente, entro i termini indicati dall'ANAC, la verifica ed il monitoraggio sul corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione sulla sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, con attestazione positiva. L'Autorità anticorruzione verifica a campione le attestazioni dell'OIV.

Di seguito si riporta la tabella programmatica riassuntiva dell'obiettivo ed azioni in tema di *Trasparenza*:

| | |
|----------------------|---|
| Obiettivo | Garantire la trasparenza dell'attività dell'ente |
| Azione da realizzare | Definire i ruoli e responsabilità nella pubblicazione dei dati, secondo lo schema degli obblighi di pubblicazione presenti nell'Allegato 2 del PNA 2022 |
| Indicatori | Indicazione dei ruoli e responsabilità per il 50% degli obblighi di pubblicazione - secondo lo schema presente nell'Allegato 2 del PNA 2022 |
| Tempistica | Entro 31/12/2025 |

Accesso civico

Con deliberazione n. 3343 del 22/12/2016, l'Azienda ha adottato il "Regolamento aziendale per il diritto di accesso civico ai documenti amministrativi", ai sensi del D. Lgs. 97/2016. I recenti dettati normativi hanno infatti ampliato il concetto di trasparenza, intesa come accessibilità totale ai dati e documenti della Pubblica Amministrazione, al fine di promuovere la partecipazione dei cittadini alla attività amministrativa.

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

Si afferma il principio che niente di ciò che è pubblico può essere sottratto alla conoscenza del cittadino, e ancora attraverso il controllo si realizza la trasparenza nella pubblica amministrazione che valuta come viene utilizzato il denaro pubblico. E' fondamentale che i dati siano pubblicati confrontabili e valutabili, questa innovazione mira al coinvolgimento della comunità nel controllo delle scelte politiche ed amministrative. E' questo l'aspetto dell'open government, i cittadini possono elaborare i dati delle pubbliche amministrazioni e confrontarli. Tale istituto viene disciplinato nel Capo I-Bis della predetta normativa "Diritto di accesso a dati e documenti", articoli 5, 5-bis e 5-ter e rappresenta il diritto di chiunque, secondo un principio mutuato dal diritto anglosassone cosiddetto FOIA (Freedom of Information Act) di accedere a documenti e dati in possesso della Pubblica Amministrazione. In virtù di questa normativa, ai sensi dell'art. 5 comma 1 del D.lgs. 33/2013 entra a far parte dell'ordinamento giuridico italiano l'accesso civico che consiste nel diritto di qualsiasi cittadino di chiedere la pubblicazione di documenti soggetti all'obbligo di diffusione che non siano stati diffusi.

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

Il "Regolamento Aziendale per il diritto di accesso civico ai documenti amministrativi" è pubblicato sul sito Aziendale "Amministrazione Trasparente", in Atti Generali, alla voce: "Atti Amministrativi generali".

Sinteticamente si riportano le parti essenziali del Regolamento adottato:

- La richiesta di accesso civico verrà compilata dal richiedente con le proprie generalità e l'indicazione dell'indirizzo di posta elettronica, ai fini della risposta da parte dell'Azienda.
- L'istanza non necessita di motivazione e può essere inviata, secondo le modalità previste dal recente Decreto Legislativo 26 agosto 2016 n.179 anche telematicamente oppure presentata al protocollo generale dell'Azienda o inviato a cura del Servizio Postale. La richiesta verrà assegnata al Dirigente competente per quella determinata materia. In questa fase l'Azienda, ai sensi dell'art. 5 comma 5 del D.Lgs. n. 97/2016, fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria, individua gli eventuali controinteressati e dà comunicazione agli stessi che entro il termine di 10 giorni possono presentare opposizione motivata. Il termine della conclusione del provvedimento, stabilito in trenta giorni, si interrompe, per dare la possibilità ai controinteressati di opporsi. Decorso tale termine l'Azienda provvede alla richiesta.
- Il regolamento prevede i termini e le modalità entro i quali debba concludersi il procedimento e in caso di accoglimento della istanza sarà l'ufficio competente per materia trasmettere al cittadino i dati e i documenti richiesti.
- Nel regolamento è stato anche previsto che nel caso in cui la richiesta concerne la pubblicazione obbligatoria di dati e documenti ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e del D.Lgs. n.97/2016, l'amministrazione provvede tempestivamente alla pubblicazione sul sito aziendale dando comunicazione e indicando il collegamento ipertestuale al richiedente.
- Se l'amministrazione rifiuta o limita l'accesso la risposta fornita al cittadino deve essere motivata con riferimento ai casi previsti dalla normativa e indicati nel regolamento.

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

Vengono normati con particolare attenzione trattandosi di Azienda Ospedaliera, anche l'accesso ai dati sensibili nel rispetto della normativa in vigore. In particolar modo viene disciplinato anche l'accesso alle cartelle cliniche da parte di terzi.

Ad ulteriore precisazione si sottolinea che nell'ipotesi in cui la richiesta sia diretta a conoscere il contenuto di documenti concernenti dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (cd. dati supersensibili) di terzi, l'accesso è consentito unicamente ex art. 60 del D.Lgs. 196/03 (attualmente D.lgs 101/2018) se la situazione giuridicamente rilevante che il richiedente intende far valere sia di rango almeno pari ai diritti del soggetto cui siano riferiti i dati di salute, ovvero consista in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale o inviolabile. Le richieste di accesso a documenti contenenti dati sensibili (dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche o l'adesione a partiti, associazioni od organizzazioni a carattere sindacale, politico, religioso o filosofico) o giudiziari (dati idonei a rivelare provvedimenti in materia di casellario giudiziale, di carichi pendenti, o la qualità di indagato o di imputato) riconducibili a soggetti diversi dal richiedente devono essere sempre formali e dettagliatamente motivate. Tali documenti sono accessibili solo nei limiti in cui la conoscenza degli stessi sia strettamente indispensabile per la tutela e la difesa degli interessi giuridici dell'istante, ferma restando l'eventuale procedura della notifica ai controinteressati.

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

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

Con la delibera del Direttore Generale n. 2544 del 19 settembre 2019 questa Azienda ha adottato il 'Regolamento per la gestione e l'aggiornamento del portale web istituzionale'

Il responsabile, collaboratore amministrativo professionale, fa parte dell'area di Staff come responsabile "Ufficio Stampa".

Il regolamento stabilisce nell'esordio che: "l'impostazione e la gestione del sito sono volte a garantire agli utenti i diritti di trasparenza, accesso civico, cittadinanza digitale, ai sensi delle normative di riferimento" e che "tutte le strutture dell'Azienda hanno l'obbligo di contribuire ad alimentare e ad aggiornare i contenuti del sito e delle diverse pagine web".

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

- a) il Responsabile della gestione del sito è il riferimento per l'organizzazione dei contenuti e ne supervisiona l'aggiornamento;
- b) il Responsabile del procedimento di pubblicazione: coincide con il Responsabile della gestione del sito tranne che per i bandi di gara e bandi di concorso per cui coincide con la figura del dirigente del Settore;
- c) il Responsabile della Trasparenza svolge funzione di monitoraggio sul rispetto degli obblighi previsti dalla normativa vigente nell'ambito della sezione "Amministrazione Trasparente";
- d) Il referente (per ciascuna Unità Operativa), incaricato di trasmettere i contenuti da inserire nel portale; l'utente pubblicatore (per ciascun Settore Amministrativo), con il compito di inserire e aggiornare i contenuti nel portale, secondo gli oneri di pubblicazione previsti per voce di competenza nella sezione Amministrazione Trasparente;
- e) Il Web master l'amministratore, o web master, è il fornitore esterno del sistema di pubblicazione.

Al fine di rafforzarne l'osservanza, in applicazione del D. Lgs. 33/2013 e del D. Lgs 97/2016 sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, e in ossequio alla legge 190/2012 per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, il Regolamento specifica che " l'Azienda pone particolare attenzione all'aggiornamento costante, puntuale e completo della sezione

*“Amministrazione Trasparente” del sito www.aocannizzaro.it”. Inoltre, il Capitolo 3 riporta un passaggio rilevante: *“Al netto degli oneri in capo al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, tutti i dirigenti hanno l’obbligo di adempiere alle indicazioni fornite dall’Amministrazione in ordine alle modalità di pubblicazione sul sito dei dati e delle informazioni secondo la periodicità, la tempistica e le modalità stabilite dalla normativa vigente. Per le sezioni più complesse, ove maggiore e più frequente è il flusso di informazioni/dati per cui è fatto obbligo di pubblicazione, l’Amministrazione individua referenti e utenti pubblicatori”*.*

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

Aggiornamento sezione Amministrazione Trasparente e sito web

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

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

Il cambio di applicativo sottende un upgrade organizzativo, in quanto prevede l’aggiornamento a cura di singoli Settori, che pertanto potranno effettuare le pubblicazioni con maggiore tempestività e possibilità di controllo. Il passaggio di software è stato preceduto dalla indicazione di referenti per ciascun settore e da specifica formazione loro rivolta, nonché dall’adeguamento degli strumenti utili alla navigazione da parte degli utenti. Durante gli anni 2021 e 2022 lo switch si è concretamente materializzato a gennaio 2022, sicché la precedente versione mostra i contenuti pubblicati fino al 31-12-2021, mentre i contenuti pubblicati dall’1-1-2022 sono esposti mediante la nuova piattaforma.

Albo Pretorio

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

Questo processo è stato possibile grazie alla personalizzazione del software. A seguito della creazione del nuovo indirizzo dell’Albo Pretorio, i rispettivi link sono stati integrati sul sito web. L’estensione della durata della disponibilità dei contenuti garantisce una maggiore trasparenza.

La decisione dell’Azienda segue diverse segnalazioni di utenti che, data la diffusione presso la maggior parte delle PA dell’uso di non limitare ai 15 previsti dalla legge la pubblicazione in Albo Pretorio, hanno richiesto tale estensione. Pur nella consapevolezza che l’obbligo riguardante l’albo pretorio e quello della sezione “Amministrazione trasparente” svolgono funzioni diverse, si è pertanto determinato di eguagliare la permanenza online a cinque anni. Si è ritenuto, oltretutto, che la possibilità di accesso più duratura possa ridurre le richieste di accesso civico.

OBIETTIVI STRATEGICI DELL'ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Al fine di perseguire il valore pubblico descritto all'interno del PIAO, l'Ente intende definire i seguenti obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza.

In particolare, al fine di apportare un proprio contributo all'obiettivo di *“Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie”*, è stato programmato e realizzato una puntuale mappatura dei processi legati principalmente alle liste d'attesa e all'accesso dei pazienti al Pronto Soccorso.

Infatti, come indicato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (Aggiornamento PNA 2015), la *“[...] gestione delle liste di attesa e [...] delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. Per queste ragioni è opportuno che i PTPC (ora Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO) considerino questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio”*.

Quindi, la realizzazione di uno specifico focus anticorruzione sui processi legati alla gestione delle liste d'attesa permette di prevenire eventuali comportamenti illeciti con conseguenti malfunzionamenti e ritardi, risulta essere coerente con l'obiettivo di Valore Pubblico.

L'attività di mappatura permette di analizzare in maniera puntuale la filiera delle azioni, attività, ruoli e responsabilità che costituiscono un particolare processo. La mappatura di un processo permette di revisionare e controllare i meccanismi di funzionamento dell'ente, individuando eventuali anomalie organizzative ed operative che necessitano di essere risolte o semplificate nell'interesse dell'utente. In questa dimensione la realizzazione della mappatura dei processi legati alle liste d'attesa e all'accesso dei pazienti al Pronto Soccorso può portare un contributo anche rispetto al secondo obiettivo di valore pubblico: *“Semplificazione delle procedure amministrative correlate all'assistenza al paziente”*.

Infine, viene programmata sin da ora anche la mappatura dei processi riferibili ad ulteriori aree di rischio rispetto alle quali l'Autorità Nazionale Anticorruzione richiede che nel settore sanitario sia prestata particolare attenzione.

| | |
|--|---|
| Obiettivo | Garantire una continua e progressiva mappatura di tutti i processi ritenuti sensibili |
| Azione da realizzare | Mappatura analitica dei processi relativi a: a) esecuzione dei contratti pubblici (con particolare riferimento ai contratti PNRR) |
| Responsabile | Responsabile della Prevenzione della Corruzione |
| Baseline | Da realizzare entro il 31 12 2025 |
| Target | Mappatura dei processi con individuazione dei possibili eventi corruttivi e fattori abilitanti |
| Indicatore | Percentuale dei processi mappati ed individuazione di possibili eventi rischiosi e dei fattori abilitanti |
| Strumento di monitoraggio per valutazione | Verifica schede di mappatura elaborate |
| Tempi monitoraggio | Dicembre 2025 |

ALLEGATI (link di collegamento)

Schede pubblicazione dati Sezione Amministrazione Trasparente

- Scheda obblighi di pubblicazione <https://www.aocannizzaro.it/trasparenza/details.aspx?contentID=667>

Codice etico-comportamentale dei dipendenti

<https://www.aocannizzaro.it/trasparenza/default.aspx?obligation=130&title=Atti-generalis&titlesub=Codice-disciplinare-e-codice-di-condotta>

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

<https://www.aocannizzaro.it/trasparenza/default.aspx?obligation=127&title=Atti-generalis&titlesub=Atti-amministrativi-generalis>

Patto di integrità relativo alle gare di appalto di lavori, beni e servizi

<https://www.aocannizzaro.it/trasparenza/default.aspx?obligation=239&title=Prevenzione-della-Corruzione&titlesub=Regolamenti-per-la-prevenzione-e-la-repressione-della-corruzione-e-dell-illegalit%c3%a0>

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

<https://www.aocannizzaro.it/trasparenza/default.aspx?obligation=239&title=Prevenzione-della-Corruzione&titlesub=Regolamenti-per-la-prevenzione-e-la-repressione-della-corruzione-e-dell-illegalit%c3%a0>

Regolamento per la gestione dei pazienti deceduti in Ospedale

<https://www.aocannizzaro.it/trasparenza/default.aspx?obligation=239&title=Prevenzione-della-Corruzione&titlesub=Regolamenti-per-la-prevenzione-e-la-repressione-della-corruzione-e-dell-illegalit%c3%a0>

Regolamento per il conferimento di incarichi di direzione di struttura complessa a dirigenti sanitari (area medica e del ruolo sanitario)

<https://www.ospedale-cannizzaro.it/trasparenza/details.aspx?contentID=765>

Regolamento per la nomina dei responsabili delle Strutture Complesse a Direzione Universitaria

<https://www.ospedale-cannizzaro.it/trasparenza/details.aspx?contentID=765>