

**DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Legge 30 dicembre 2020, n. 181

**N. 608/CS DEL 28/04/2022**

**STRUTTURA PROPONENTE: UFFICIO TRASPARENZA E PREVENZIONE  
CORRUZIONE**

**OGGETTO:  
ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA  
CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA- TRIENNIO 2022/2024**

Il giorno 28/04/2022, il Commissario Straordinario, Dott. Giuseppe Giuliano nominato con Decreto del Commissario ad Acta, n° 4 del 25.01.2022, ha adottato la seguente deliberazione in merito all'argomento in oggetto.

**Il Direttore dell'U.O. UFFICIO TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE**

**OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA  
CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA- TRIENNIO 2022/2024**

**Premesso**

- che con la legge 6 novembre 2012 n. 190 sono state approvate le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione";
- che lo scopo di tale legge è quello di creare un contesto sfavorevole alla corruzione, riducendo le opportunità che essa si verifichi ed aumentando la capacità di scoprirne nuovi casi;
- che, per il conseguimento di tale scopo, l'art. 1, comma 7, della legge n. 190/2012 dispone che l'organo di indirizzo politico di ogni pubblica amministrazione debba individuare un Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (R.P.C.);
- che, con delibera n. 1239/DG del 24 novembre 2014 e successiva delibera n. 1295/CS del 19 luglio 2021, l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e di Responsabile della Trasparenza è stato conferito alla Dott.ssa Maria Grazia Vavalà;
- che, in virtù dell'incarico ricevuto, il R.P.C.T. deve, ai sensi dell'art. 1, comma 5, della legge n. 190/2012, elaborare e presentare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione;
- che, con il decreto legislativo n. 97/2016 e come indicato nella delibera n. 831/2016 di adozione del P.N.A. 2016, il R.P.C.T. deve integrare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione con il Piano Triennale della Trasparenza e dell'Integrità, acquisendo in tal modo la nuova denominazione di Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (P.T.P.C.T.);
- che, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza deve essere adottato dall'Azienda e pubblicato sul sito web aziendale;
- che le misure relative alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione devono essere inserite in un'apposita sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), che ciascuna Pubblica Amministrazione avrebbe dovuto adottare entro il 31 gennaio 2022;
- che il termine per l'adozione del PIAO è stato differito al 30 aprile 2022 con decreto legge n. 228 del 30 dicembre 2021;
- che l'ANAC ha ritenuto opportuno e necessario allineare il termine di adozione del PTPCT 2022/2024 con il termine di adozione del PIAO, pertanto, con delibera n. 1 del 12 gennaio 2022 ha differito al 30 aprile 2022 il termine per l'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza - Triennio 2022/2024;
- che, in ottemperanza a quanto statuito dalla legge n. 190/2012, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza ha elaborato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza- Triennio 2022-2024, allegato al presente atto di cui è parte integrante e sostanziale;

- che, in virtù della proroga deliberata dall’Autorità Nazionale Anticorruzione, tale Piano deve essere adottato dall’Azienda nel termine perentorio del 30 aprile 2022 e pubblicato sul sito web aziendale nella Sezione “Amministrazione Trasparente”, sub sezione di primo livello “Altri contenuti”, sub sezione di secondo livello “Anticorruzione”;

- viste le vigenti disposizioni di legge in materia;

- tenuto conto della regolarità tecnica e della legittimità del presente atto;

### **PROPONE**

- di adottare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza –Triennio 2022/2024, allegato al presente atto di cui è parte integrante e sostanziale;

- di disporre che, successivamente all’adozione, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza debba essere pubblicato sul sito web dell’Azienda nella Sezione “Amministrazione Trasparente”, sub sezione di primo livello “Altri contenuti”, sub sezione di secondo livello “Anticorruzione”.

Il Responsabile per la Prevenzione  
della Corruzione e per la Trasparenza  
Dott.ssa Maria Grazia Vavalà

Il Responsabile per la Prevenzione  
della Corruzione e per la Trasparenza  
Dott.ssa Maria Grazia Vavalà

### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

- vista la motivata proposta del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, avente ad oggetto: **“Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza – Triennio 2022-2024”**;

- acquisiti i pareri del Direttore Amministrativo Aziendale e del Referente Sanitario Aziendale;

### **DELIBERA**

per i motivi esposti in premessa, qui da intendersi integralmente riportati e trascritti:

- di adottare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza –Triennio 2022/2024, allegato al presente atto di cui è parte integrante e sostanziale;

- di disporre che, successivamente all’adozione, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza debba essere pubblicato sul sito web dell’Azienda nella Sezione “Amministrazione Trasparente”, sub sezione di primo livello “Altri contenuti”, sub sezione di secondo livello “Anticorruzione”.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Amministrativo Aziendale  
*Dott.ssa Elisabetta Rosa Tripodi*

Il Referente Sanitario Aziendale  
*Dott. Antonio Talesa*

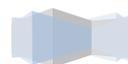
### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Giuseppe Giuliano  
(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell’art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)

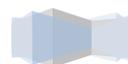


***PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE  
DELLA CORRUZIONE E  
PER LA TRASPARENZA  
Triennio 2022- 2024***

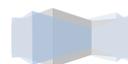
**INDICE**



<b>1. Premessa</b>	<b>pag. 4</b>
<b>1. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</b>	<b>pag. 5</b>
<b>2. Nozione di Corruzione</b>	<b>pag. 6</b>
<b>3. Natura del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione</b>	<b>pag. 6</b>
<b>4. 5.1. Analisi contesto esterno</b>	<b>pag. 7</b>
<b>5.2 Analisi contesto interno</b>	<b>pag. 8</b>
<b>5.3. Finalità e mission dell’Azienda</b>	<b>pag. 12</b>
<b>5.4 La visione aziendale</b>	<b>pag. 13</b>
<b>6. Obiettivi strategici sulla Prevenzione della Corruzione e sulla Trasparenza</b>	<b>pag. 13</b>
<b>7. I collegamenti con la Performance</b>	<b>pag. 13</b>
<b>8. Soggetti preposti alla prevenzione della corruzione</b>	
<b>8.1 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione</b>	<b>pag. 14</b>
<b>8.2 Il Responsabile dell’Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)</b>	<b>pag. 19</b>
<b>8.3 I Referenti per la prevenzione della corruzione</b>	<b>pag. 19</b>
<b>8.4 Gli altri organi coinvolti nella prevenzione della corruzione</b>	<b>pag. 22</b>
<b>8.5 La formazione dei dipendenti</b>	<b>pag. 23</b>
<b>9. La gestione del rischio</b>	
<b>9.1. Il processo di gestione del rischio</b>	<b>pag. 25</b>
<b>9.2 Monitoraggio e riesame</b>	<b>pag. 29</b>
<b>9.2.1 Monitoraggio sull’attuazione delle misure</b>	<b>pag. 30</b>
<b>9.2.2 Monitoraggio sull’idoneità delle misure</b>	<b>pag. 30</b>
<b>9.2.3 Riesame periodico</b>	<b>pag. 30</b>
<b>10. Attività svolta per la gestione del rischio nell’anno 2021</b>	<b>pag. 30</b>
<b>10.1 Mappatura dei processi, registro dei rischi e misure di prevenzione</b>	<b>pag. 31</b>
<b>10.2. Contratti Pubblici</b>	<b>pag. 31</b>
<b>10.2.1. Rafforzamento degli obblighi di trasparenza nel settore degli acquisti</b>	<b>pag. 33</b>
<b>10.3. Area acquisizione e progressione del personale</b>	<b>pag. 36</b>
<b>10.3.1 Conferimento incarichi</b>	<b>pag. 36</b>
<b>10.3.2 Reclutamento del personale</b>	<b>pag. 40</b>
<b>10.3.3 Attività svolta</b>	<b>pag. 41</b>
<b>10.4 Affari Legali</b>	<b>pag. 41</b>
<b>10.5 Le nuove aree di rischio mappate</b>	<b>pag. 42</b>
<b>11. Valutazione del rischio</b>	<b>pag. 43</b>
<b>12. Misure generali e specifiche per la prevenzione della corruzione.</b>	<b>pag. 46</b>
<b>12.1. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione</b>	<b>pag. 46</b>



12.1.2 Programmazione della rotazione	pag. 48
12.1.3 Personale interessato dalla rotazione	pag. 48
12.1.4 La rotazione nella nostra Azienda	pag. 49
12.2. Rotazione Straordinaria	pag. 50
12.3.1. Astensione in caso di conflitti di interessi.	pag. 52
12.3.2 Conflitti di interesse nel codice dei contratti pubblici	pag. 53
12.4. Attività ed incarichi extra-istituzionali	pag. 55
12.5. Cause di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi.	pag. 59
12.6. Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici	pag. 61
12.7. Divieto di Pantouflage	pag. 62
12.8. Segnalazione di illeciti.	pag. 63
12.9. Codice di Comportamento dei dipendenti	pag. 63
13. Cronoprogramma.	pag. 64
<b>SEZIONE TRASPARENZA</b>	
1. Premessa	pag. 68
2. Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza	pag. 68
3. Il Responsabile della trasparenza e i suoi compiti	pag. 71
3.1 I soggetti coinvolti nell'attuazione degli obblighi di pubblicità	pag. 72
3.2 Tabella riassuntiva dei soggetti responsabili della pubblicazione dati	pag. 73
3.3 Obblighi di pubblicazione	pag. 85
4. La Trasparenza e la tutela dei dati personali	pag. 86
5. Iniziative di comunicazione della trasparenza	pag. 86
5.1 La Giornata della Trasparenza	pag. 87
5.2 Accesso Civico	pag. 88
5.3 Accesso civico generalizzato	pag. 90
6. Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di Trasparenza	pag. 91
6.1 Monitoraggio interno	pag. 91
6.2 Monitoraggio (audit) dell'OIV	pag. 91
7. Dati ulteriori	pag. 92
8. Conclusioni	pag. 92



## **1. Premessa**

Il presente documento costituisce il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2021 - 2023, redatto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, comma 8, della legge 6 novembre 2012 n. 190, recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*.

***Norme nazionali ed internazionali hanno sollecitato lo Stato italiano ad adottare la normativa in questione.***

Si ricorda, in proposito, la Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall’Assemblea Generale dell’ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4 e ratificata con legge 3 agosto 2009 n. 116.

Questa Convenzione stabilisce che ciascun Stato deve adottare e applicare una politica di prevenzione della corruzione efficace e coordinata, vagliarne periodicamente l’adeguatezza e coordinarsi con gli altri Stati e con le organizzazioni nazionali ed internazionali al fine di promuovere e mettere a punto le misure da adottare.

A tal fine, la Convenzione prevede l’individuazione da parte di ciascuna nazione di uno o più organi deputati a prevenire la corruzione, a supervisionare l’applicazione delle misure adottate e a diffondere le relative conoscenze.

Di non minore importanza sono le linee guida e le convenzioni emanate in materia dal Consiglio d’Europa e che vanno nella medesima direzione dell’ONU.

Per ottemperare agli impegni internazionali assunti, lo Stato Italiano ha emanato la legge 6 novembre 2012 n. 190, riguardante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*.

Lo scopo della legge è quello di istituire un sistema di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione, da attuare attraverso l’azione sinergica di tre organi:

- Il **Comitato Interministeriale**, che ha il compito di fornire indirizzi attraverso l’elaborazione di linee guida;
- Il **Dipartimento della Funzione Pubblica**, che opera come soggetto promotore delle strategie di prevenzione e come coordinatore della loro attuazione;
- L’**A.N.A.C** – Autorità Nazionale Anticorruzione (già C.I.V.I.T. - Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle amministrazioni pubbliche) -, che analizza le cause e i fattori della corruzione, individuando gli interventi che possano favorirne la prevenzione e il contrasto, vigila e controlla sull’effettiva applicazione e sull’efficacia delle misure adottate e sul rispetto delle regole sulla trasparenza dell’attività amministrativa.

Con il d.p.c.m. 16 gennaio 2013 è stato costituito il Comitato Interministeriale, presieduto dal Presidente del Consiglio dei Ministri e composto dal Ministro della Giustizia, dal Ministro dell’Interno e dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione.

Tale Comitato ha adottato le Linee di indirizzo necessarie per l’elaborazione del primo **Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) 2013**, redatto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato dall’A.N.A.C. (già C.I.V.I.T.).

Nel 2015 l’ANAC ha adottato un Aggiornamento del PNA 2013, con cui ha migliorato il sistema di valutazione e gestione del rischio per la predisposizione dei Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e, nello specifico, ha esaminato e valutato i rischi di corruzione nel settore specifico dei contratti pubblici e nella sanità, suggerendo adeguate misure di prevenzione.

Il PNA 2016 è stato il primo Piano elaborato integralmente dall’ANAC e articolato in due sezioni: una parte generale, in cui sono fornite indicazioni metodologiche per l’elaborazione dei PTPCT, e una



parte speciale, in cui sono affrontate tematiche specifiche e peculiari destinate a determinate tipologie di amministrazioni.

Il PNA 2017 e il PNA 2018, sempre distinti in due sezioni, contengono nella parte generale aggiornamenti relativi al D.Lgs. n. 97/2016 e, nella parte speciale, approfondimenti specifici per determinate amministrazioni.

Con il PNA 2019 il Consiglio dell'Autorità ha concentrato in un unico atto di indirizzo tutti gli orientamenti e le indicazioni maturate nel tempo e oggetto di diversi atti regolatori.

Il P.N.A., infatti, è un atto di indirizzo per l'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Le sue funzioni principali sono quelle di fornire indicazioni alle pubbliche amministrazioni per la redazione del PTPCT e di coordinare l'attuazione delle strategie volte alla prevenzione e al contrasto della corruzione e dell'illegalità nella P.A..

L'adozione del P.N.A. non si configura come un'attività una tantum, bensì come un processo ciclico in cui le strategie e le misure anticorruzione adottate vengono di volta in volta vagliate e valutate nella loro efficacia ed efficienza e, quindi, vengono sostituite, modificate e/o perfezionate in relazione alle esigenze riscontrate in concreto e ai feedback provenienti dalle amministrazioni e dalla loro applicazione.

Tutto ciò comporta uno sviluppo graduale e progressivo del sistema di prevenzione della corruzione, in linea con la consapevolezza che il successo degli interventi dipende dal consenso e dall'accettazione delle misure adottate, che predispongono tutti i soggetti coinvolti a diffondere e promuovere in concreto il rispetto e l'attuazione delle strategie anticorruzione elaborate.

Il P.N.A., quindi, ha un ruolo di primaria importanza proprio perché contiene gli indirizzi e le indicazioni necessarie alle Pubbliche Amministrazioni per la redazione dei *Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (P.T.P.C.T)*.

Per la redazione del presente Piano, pertanto, sono state seguite le indicazioni fornite dall'ANAC nel P.N.A. 2019, adottato con delibera n. 1064 del 13 novembre 2019.

## ***2. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione***

L'art. 1, comma 5, della legge n. 190/2012 dispone che tutte le Pubbliche Amministrazioni entro il 31 gennaio di ogni anno devono adottare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

Tale Piano deve essere redatto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, nominato ai sensi dell'art. 1, comma 7, della legge 190/2012, e adottato, con atto deliberativo, dal Direttore Generale.

Il Piano, ai sensi dell'art 1, comma 9, l. 190/2012, deve:

- a) individuare quelle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- b) prevedere per le attività, di cui al punto precedente, meccanismi di formazione, di attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire il rischio di corruzione;
- c) prevedere obblighi di informazione nei confronti del responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- d) monitorare il rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- e) 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;
- f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.



In sostanza, nel P.T.P.C.T. l'amministrazione deve predisporre un "processo" finalizzato a prevenire il fenomeno della corruzione.

Dopo un'attenta analisi dell'organizzazione aziendale e delle procedure attivate dall'amministrazione per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali e per il proprio funzionamento, si individuano le aree sensibili, ossia quei settori al cui interno possono verificarsi, anche in via teorica, episodi di corruzione nonché la tipologia dei rischi a cui tali aree sono esposte.

Si individuano, quindi, le azioni e le misure idonee a prevenire il fenomeno della corruzione o comunque capaci di ridurre significativamente il rischio di comportamenti corruttori.

Il P.T.P.C.T. non è un documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete da realizzare con certezza e su cui vigilare al fine di verificarne l'effettiva applicazione e l'efficacia preventiva della corruzione.

### **3. Nozione di Corruzione**

Gli obiettivi primari da perseguire con il Piano Triennale sono:

- la riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- il potenziamento della capacità di scoprire casi di corruzione;
- la creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione.

Ma per poter conseguire i suddetti obiettivi e predisporre un'adeguata strategia di prevenzione, è doveroso e indispensabile precisare cosa si intenda per "corruzione".

La legge 190/2012, pur non dando un'esplicita definizione di corruzione, ne ha, tuttavia, delineato una nozione ampia, desunta dalle disposizioni contenute nel nostro ordinamento giuridico e riguardanti la materia oggetto di esame.

Il P.N.A., riprendendo quanto dichiarato dal Dipartimento della Funzione Pubblica nella Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013, precisa che la nozione di "corruzione", nel contesto di nostro interesse, comprende tutte quelle situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione, disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo sia che rimanga a livello di tentativo.

### **4. Natura del Piano Triennale Prevenzione Corruzione.**

Il Piano è un documento di carattere dinamico nel senso che è soggetto ad aggiornamenti progressivi in conseguenza all'entrata in vigore di nuove disposizioni di legge, a variazioni nell'organizzazione e nell'assetto aziendale e, soprattutto, in conseguenza agli esiti dell'attività di prevenzione della corruzione posta in essere dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

I contenuti per l'aggiornamento del Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza sono determinati nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016, adottato dall'ANAC con delibera n. 831 del 3 agosto 2016, in esecuzione dell'art. 19 del decreto legge 24 giugno 2014, nonché nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019, adottato con delibera n. 1064 del 13 novembre 2019.

In particolare, la parte generale del PNA 2016 deve intendersi superata con l'approvazione del PNA 2019. Resta, invece, in vigore ed è, pertanto, applicabile la Parte Speciale dedicata ad approfondimenti che riguardano in modo specifico singole amministrazioni.



Il capitolo VII della Parte Speciale è dedicato alla Sanità e, in questa sezione, l'ANAC individua delle misure, in costante evoluzione, affinamento e miglioramento, che rappresentano possibili soluzioni organizzative per preservare le aziende sanitarie dal rischio di eventi corruttivi e per innalzare il livello complessivo di integrità, di competenza e di produttività.

Il PNA 2019, invece, si è concentrato sulla parte generale, e, come anticipato nella premessa, ha rivisto e consolidato in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni date fino ad oggi, integrandole con gli orientamenti maturati nel corso del tempo e che sono stati oggetto di appositi atti regolatori. Devono, pertanto, considerarsi superate le parti generali e gli aggiornamenti contenuti nei precedenti Piani.

Il PNA 2019 è, quindi, uno strumento di lavoro indispensabile per i Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per l'elaborazione e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Il RPCT, tenendo conto delle indicazioni contenute nella Parte Speciale del Piano Nazionale Anticorruzione 2016, di quanto disposto nel PNA 2019 e delle caratteristiche organizzative e funzionali dell'Azienda, ha pianificato l'attività di prevenzione per il triennio 2022 -2024.

### **5.1 *Analisi contesto esterno***

L'utenza è parte attiva nell'erogazione dei servizi e, consapevole di ciò, l'Azienda promuove le conoscenze al fine di consentire agli utenti di interagire con il sistema sanitario e di partecipare attivamente alla definizione delle scelte che riguardano la loro salute.

L'Azienda persegue tali obiettivi mediante strategie di comunicazione tese all'informazione, all'educazione e alla partecipazione.

L'informazione ha lo scopo di favorire un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie ed è assicurata, principalmente, attraverso:

- la Carta dei servizi socio-sanitari che rappresenta lo strumento attraverso il quale l'Azienda Sanitaria, oltre ad informare gli utenti sui servizi offerti e sulle relative modalità di accesso, si impegna ad offrire determinati standard di qualità;
- il sito web aziendale che deve essere chiaro, accessibile e facilmente fruibile dagli utenti.

L'educazione ha come obiettivo la promozione di stili di vita nuovi e più salubri attraverso un'azione costante di indirizzo e stimolo di modelli comportamentali adeguati.

La partecipazione favorisce scelte programmatiche condivise e, quindi, più vicine ai bisogni della gente.

L'Azienda assicura la partecipazione dei cittadini sia come singoli che in forma associata (organizzazioni di cittadini e volontariato sociale) nelle attività di programmazione e di controllo nonché nella valutazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

I principali strumenti di partecipazione sono:

- il Comitato consultivo, che rappresenta la sede tipica del confronto Azienda/cittadini sia relativamente alla rilevazione dei bisogni di salute che alla calibrazione della risposta assistenziale.  
Tale organismo è deputato, altresì, ad assicurare controlli di qualità da parte dell'utenza - specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi - e a promuovere la sperimentazione e l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi;
- l'Ufficio relazioni con il pubblico, che rappresenta il canale favorito attraverso cui convogliare i flussi di comunicazione dei cittadini. E' una sorta di centrale d'ascolto a disposizione degli utenti per raccogliere suggerimenti e reclami e per migliorare e promuovere i servizi e la loro qualità. Attraverso l'U.R.P. l'Azienda assicura l'attività di front-office tesa a garantire



un'informazione semplice, tempestiva, corretta ed unitaria su tutte le prestazioni erogate e le attività svolte;

- la Conferenza dei servizi, che ha lo scopo di verificare l'andamento dei servizi, anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità, e individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. La Conferenza è rivolta a tutti i cittadini, agli Enti Locali, alle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Al cittadino è inoltre garantito l'esercizio del diritto di accesso, con le modalità ed i limiti definiti dalla legge n. 241/1990 e dal d.lgs. n. 196/2003, nonché l'accesso civico e l'accesso civico generalizzato di cui agli artt. 5 e 5 ter del D.Lgs. 33/2013.

L'Azienda privilegia, inoltre, relazioni virtuose con i diversi stakeholders ed in particolare con le altre componenti del servizio sanitario della realtà locale, allo scopo di condividere obiettivi e strumenti operativi ed ottimizzare l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese, attivando percorsi di informazione, partecipazione e, quando previsto, concertazione con:

- gli utenti, singoli cittadini ed imprese nonché le loro rappresentanze;
- le aziende sanitarie;
- i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli altri professionisti operanti nel sistema sanitario;
- gli ordini ed i collegi professionali;
- le organizzazioni sindacali confederali;
- l'università;
- le associazioni di volontariato;
- i soggetti privati accreditati;
- altri enti ed istituzioni operanti sul territorio.

L'Azienda, nell'esercizio dell'autonomia riconosciuta, si propone come interlocutore al servizio delle istituzioni e si impegna ad attuare le funzioni, attribuite alla sua competenza, con il coinvolgimento dell'intero sistema aziendale, nel rispetto delle decisioni assunte dagli organi di governo e nello spirito di leale collaborazione istituzionale invocato dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale.

L'Azienda collabora con gli enti locali e le autorità sanitarie locali, dell'ambito territoriale di competenza, anche attraverso la Conferenza dei Sindaci, sviluppando relazioni strutturate e istituzionali, al fine di rispondere al meglio alle esigenze sanitarie della popolazione.

### **5.2. *Analisi contesto interno***

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia è nata come Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Vibo Valentia ed è stata costituita con Legge Regionale n. 3/1992.

Successivamente, l'ASL n. 8 è stata soppressa e, con la Legge Regionale di accorpamento n. 9 dell'11 maggio 2007, è stata istituita l'attuale Azienda Sanitaria Provinciale, che è subentrata nelle funzioni, nelle attività e nelle competenze della soppressa ASL.

E' dotata di personalità giuridica ed ha la propria sede legale in Vibo Valentia, Via Dante Alighieri, Palazzo ex INAM.

L'attuale Commissario Straordinario ha disposto che il logo, con cui identificare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, deve essere quello indicato dal decreto D.G. n. 1504 del 24 febbraio 2016, di seguito rappresentato:





Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

## **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE VIBO VALENTIA**



REGIONE CALABRIA

Gli organi dell'Azienda sono il Direttore Generale, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione. Il Direttore Generale è la figura apicale a cui competono i compiti di gestione ordinaria e straordinaria nonché la rappresentanza legale dell'Azienda. Il Collegio Sindacale esercita il controllo interno di regolarità gestionale e contabile, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri designati uno dal Ministero della Salute, uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e uno dalla Giunta Regionale. Il Collegio di Direzione, infine, è presieduto dal Direttore Generale e ne fanno parte: il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, i Direttori di Dipartimento, il Direttore del Distretto Sanitario, il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero, il Direttore della Programmazione e Controllo, il Dirigente Unico delle Professioni Sanitarie. Il Direttore Generale si avvale della collaborazione del Collegio di Direzione per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività sanitarie e di quelle di alta integrazione sanitaria. Il Direttore Generale è coadiuvato nella sua attività dal Direttore Amministrativo Aziendale e dal Direttore Sanitario Aziendale, di nomina fiduciaria, e i cui compiti sono, rispettivamente, quelli di partecipare al governo economico-amministrativo e al governo clinico dell'Azienda.

L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati dall'Atto Aziendale, un atto di diritto privato, da considerarsi come un atto di autogoverno dell'Azienda, la cui funzione è appunto quella determinare l'organizzazione e disciplinare i principi di funzionamento dell'ASP.

E' in fase di elaborazione, sulla base delle linee guide impartite dal Commissario ad Acta della Regione, un Nuovo Atto Aziendale, ma quello attualmente vigente è stato adottato con delibera del Direttore Generale n.1026 del 25 luglio 2016 e reso operativo con la delibera n. 417/DG del 31 marzo 2017 "Approvazione Regolamento Generale di Organizzazione".

Con l'Atto Aziendale è stato determinato l'assetto definitivo dell'ASP di Vibo Valentia, nel rispetto della normativa nazionale in vigore, delle leggi e degli indirizzi regionali allo scopo emanati, nonché del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale in atto vigenti.

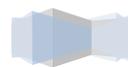
La prima importante modifica riguarda l'area territoriale, definita in coerenza con il Patto per la salute 2014-2016 e con il disposto di cui al DCA n.76 del 6 luglio 2015.

A fronte dei tre Distretti esistenti, Distretto Sanitario di Vibo Valentia, Distretto Sanitario di Serra San Bruno e Distretto Sanitario di Tropea, è stato istituito il Distretto Sanitario Unico che ha valenza di struttura complessa ed ha sede a Vibo Valentia.

Le attività sono erogate sia attraverso servizi direttamente gestiti dal Distretto, sia attraverso servizi forniti da altre articolazioni organizzative che si coordinano con il distretto per definire le modalità di erogazione più idonee. Si tratta del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze e del Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile.

Le aree funzionali che afferiscono direttamente al distretto e che costituiranno specifiche Unità Operative sono: l'Area delle Cure Primarie, l'Area dei Servizi e l'Area Cure Palliative e Terapia del Dolore.

Nell'ambito del Distretto opera la Casa della Salute di Soriano Calabro, attualmente sede del Centro di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT).



Con delibera n.188/CS del 23 febbraio 2022, l'ASP di Vibo Valentia, in applicazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ha approvato il Piano degli Interventi per la realizzazione delle seguenti strutture sanitarie territoriali:

- n. 5 Case della Comunità
- n. 1 Ospedale di Comunità
- n. 1 Centrale Operativa Territoriale

In ottemperanza alle linee guida approvate con D.P.G.R. n. 30 del 16 dicembre 2015, la rete dell'assistenza farmaceutica dell'Azienda, è articolata in due aree:

- Area Territoriale
- Area Ospedaliera.

La farmaceutica territoriale comprende una serie di attività volte ad assicurare ai pazienti non ospedalizzati l'assistenza farmaceutica, garantendo la continuità terapeutica –assistenziale ospedale – territorio.

L'Area Territoriale è articolata nell' Unità Operativa Complessa Farmacia Territoriale e nell'Unità Operativa Semplice Farmacia Distrettuale e Servizio di Farmacovigilanza.

La farmaceutica ospedaliera comprende una serie di attività volte a garantire l'assistenza farmaceutica ai pazienti in regime di ricovero ordinario, DH, DS o in visita ambulatoriale. Comprende l'Unità Operativa Complessa Farmacia Ospedaliera e l'Unità Operativa Semplice Farmacia Clinica e Servizio di farmacovigilanza.

La rete dell'emergenza-urgenza dell'A.S.P. di Vibo Valentia, attiva 24 ore al giorno, è articolata in due aree:

- area dell'emergenza territoriale;
- area dell'emergenza ospedaliera.

Il sistema di emergenza urgenza territoriale è assicurata in modo omogeneo su tutto il territorio aziendale da postazioni di emergenza territoriale (P.E.T.), coordinate dalla Centrale Operativa del 118. La dislocazione delle postazioni sul territorio deve garantire in situazioni di normalità i tempi di intervento dalla chiamata fissati nella programmazione regionale ed aziendale.

La rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza, organizzata in aderenza alle previsioni del D.C.A. n. 64 del 5.07.2016, è governata dal Dipartimento di Emergenza -Urgenza e Accettazione (DEA) di primo livello del presidio ospedaliero Spoke di Vibo Valentia.

Le funzioni ospedaliere dell'emergenza urgenza sono articolate in:

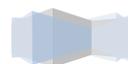
1. Funzioni di Ospedale Spoke – P.O. di Vibo Valentia;
2. Funzioni di Pronto Soccorso semplice nell'Ospedale Generale – P.O. di Tropea;
3. Funzione di Ospedale di Zona Disagiata – Ospedale di Serra San Bruno;
4. Punto di Primo Intervento (h/12) – C.A.P.T. di Soriano Calabro, affidato alla gestione diretta del SUEM 118.

In virtù del D.C.A. n. 64 del 5 luglio 2016, la rete ospedaliera dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, è articolata in tre presidi ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia - Centro Spoke;
- Presidio Ospedaliero di Tropea - Ospedale generale;
- Presidio Ospedaliero di Serra San Bruno - Ospedale di Zona Disagiata.

I tre ospedali sono organizzati in rete ed accorpati in presidio unico (art. 11, comma 3, legge regionale 11/2004 - P.S.R.) al fine di assicurare le prestazioni del livello di assistenza ospedaliera in modo unitario ed integrato, tenuto conto dei principi contenuti nel piano sanitario nazionale e regionale, degli atti di programmazione regionale ed aziendale e degli obiettivi stabiliti dal direttore generale.

Il Presidio Unico Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia si articola nei seguenti dipartimenti:



1. Dipartimento di Medicina;
2. Dipartimento di Chirurgia;
3. Dipartimento dei Servizi Sanitari;
4. Dipartimento Emergenza – Urgenza ed Accettazione
5. Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile

Completano l'organizzazione aziendale il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, il Dipartimento di Prevenzione e il Dipartimento Amministrativo.

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) fornisce risposta all'urgenza-emergenza per i disturbi mentali e per le dipendenze sia a livello territoriale che ospedaliero.

E' in collegamento con il Dipartimento dell'Emergenza Urgenza, con i Medici di Medicina Generale e con i servizi di continuità assistenziale, garantendo, in tal modo, una presa in carico multidisciplinare dell'assistito

Il Dipartimento di Prevenzione garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie, miglioramento della qualità di vita e di educazione sanitaria.

Si compone di Servizi Centrali, con responsabilità organizzative, direzionali e operative, estese su tutto il territorio aziendale, e servizi periferici, con responsabilità organizzative ed operative.

Il Dipartimento Amministrativo, di tipo funzionale, aggrega i servizi amministrativi e coordina le cinque strutture da cui è composto:

- Unità Operativa Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
- Unità Operativa Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
- Unità Operativa Affari Generali e Assicurativi
- Unità Operativa Provveditorato, Economato e Gestione Logistica
- Unità Operativa Gestione Tecnico-Patrimoniale.

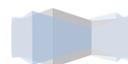
Nel periodo 1 gennaio 2016 - 1 gennaio 2017, sono stati collocati in quiescenza n. 4 dirigenti amministrativi, di cui tre titolari di struttura complessa.

In conseguenza di ciò, mancando le figure dirigenziali in possesso dei requisiti necessari per ricoprire l'incarico di Direttore di unità operativa complessa, con delibera del Direttore Generale n. 76/DG del 31 gennaio 2017, sono state riclassificate come incarichi dirigenziali semplici le seguenti strutture amministrative complesse:

- Unità Operativa Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
- Unità Operativa Affari Generali e Assicurativi
- Unità Operativa Provveditorato, Economato e Gestione Logistica
- Unità Operativa Gestione Tecnico-Patrimoniale.

E' rimasta struttura complessa l' Unità Operativa Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, la cui titolarità era stata conferita all'Avv. Bruno Calvetta, al quale, con delibera n. 1215/DG del 29 settembre 2017, era stato conferito anche l'incarico di Direttore di Dipartimento Amministrativo.

Poiché l'Avv. Bruno Calvetta è in aspettativa per aver accettato un incarico presso la Camera di Commercio di Catanzaro, l'incarico di responsabile dell'U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e



Formazione è stato affidato al Dott. Gianfranco Ielo, già titolare dell'incarico di responsabile dell'U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica, conferito ex art. 15 septies, D.Lgs. n. 502/1992.

Afferiscono direttamente alla Direzione Generale le strutture operative di staff, intese come articolazioni organizzative, dotate di autonomia funzionale, alle quali è attribuita responsabilità di gestione diretta delle risorse umane e tecniche.

Sono Strutture di Staff:

- Unità Operativa Programmazione e controllo di gestione;
- Sistema Informativo Aziendale;
- Ricerca e governo dell'eccellenza, Governo della rete e degli erogatori pubblici e privati e appropriatezza;
- Governo clinico e Risk Management
- Ufficio Legale Aziendale

In deroga alle linee guida regionali il Sistema Informativo Aziendale e l'Ufficio Legale Aziendale hanno mantenuto la loro autonomia e non sono stati aggregati rispettivamente all'U.O. Programmazione e Controllo di gestione, perché ritenuta strategica la gestione dei flussi informativi, e all'U.O. Affari Generali, per garantire ai dirigenti avvocati la possibilità di essere iscritti al relativo Albo professionale.

Sono poste in posizione di Staff le seguenti funzioni:

- Ufficio Comunicazione - URP
- Servizio di prevenzione e protezione;
- Trasparenza e anticorruzione;
- Ufficio ALPI.

Per tali servizi sono stati conferiti incarichi di funzione con le delibere del Commissario Straordinario n. 1093/CS dell'1 luglio 2021, n. 1295/CS del 19 luglio 2021 e n. 1383/CS del 12 agosto 2021.

### ***5.3. Finalità e mission dell'Azienda.***

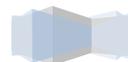
L'Azienda Sanitaria non ha scopo di lucro: la sua azione è ispirata ad obiettivi di efficacia delle prestazioni, alla qualità dei servizi erogati e all'efficiente utilizzo delle proprie risorse.

La "mission" istituzionale dell'Azienda consiste nella promozione e nella tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale nonché nell'equo accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari forniti.

L'Azienda ha il compito di assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA) previsti dalla pianificazione nazionale e regionale, tutelare e promuovere la salute di tutti i cittadini, a cominciare dai residenti, sia adottando misure di prevenzione che erogando prestazioni sanitarie per acuti e prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria.

Le prestazioni devono essere effettuate a domicilio degli utenti e sul territorio, in presidi a gestione diretta o in altri presidi pubblici o privati accreditati secondo i principi di appropriatezza, efficienza ed economicità.

L'attività aziendale deve ispirarsi al principio che l'eliminazione degli sprechi, in sanità, non è un puro obiettivo economico, ma un'esigenza etica, perché ogni risorsa può essere reinvestita in



prestazioni ai cittadini, per consentire la migliore qualità di vita possibile e garantire i livelli essenziali di assistenza, come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

#### **5.4 La visione aziendale.**

La “vision” dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia è quella di riuscire a recuperare un forte rapporto di fiducia con la propria collettività grazie al lavoro costante di tutti gli operatori sanitari per migliorare la qualità dell’assistenza.

Al riguardo è necessario realizzare:

- una sanità vibonese normale, libera da condizionamenti, con al centro il cittadino - paziente che si affida ai professionisti ed alle cure dell’A.S.P. con la certezza di trovare risposte appropriate ed efficaci ai propri bisogni di salute;
- una sanità vibonese in cui quanti vi lavorano riscoprano il piacere e l’orgoglio del senso di appartenenza ad una grande istituzione al servizio della gente.

L’azienda tende ad assicurare un accesso equo e trasparente ai propri servizi sanitari e sociosanitari, ricerca l’eccellenza degli stessi mediante un’organizzazione basata sui principi del total quality management (TQM) nel solo interesse di tutti coloro che ne avessero necessità, nel rispetto delle diverse esigenze sociali, culturali e personali.

### **6. Obiettivi Strategici sulla Prevenzione della Corruzione e sulla Trasparenza.**

Gli obiettivi strategici che questa Azienda inserisce nella programmazione aziendale relativamente alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza sono:

- diffondere tra tutti i dipendenti e collaboratori la cultura dell’etica pubblica e dell’integrità;
- rafforzare nei processi aziendali l’attuazione dei principi della trasparenza e del rispetto delle procedure, al fine di prevenire i rischi di corruzione;
- rafforzare la cultura dei controlli al fine di migliorare la qualità delle prestazioni lavorative e valorizzare maggiormente le professionalità.

Tali obiettivi verranno perseguiti mediante attività formative e incontri tra il personale.

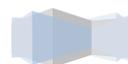
### **7. I collegamenti con il Piano delle Performance.**

Il d.lgs n. 97/2016 ha rafforzato quanto già disposto dal d. lgs. n. 150/2009, stabilendo che il PTPCT è uno degli strumenti necessari ad attuare il ciclo di gestione della performance.

Per tale ragione, l’Azienda deve garantire l’integrazione di questi due strumenti e per fare ciò non è sufficiente un mero rinvio all’interno di tali documenti.

Una reale ed efficace integrazione può realizzarsi facendo in modo che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, contenuti nel PTPCT, siano coordinati con gli obiettivi contenuti nel Piano della Performance, in cui inserire, in sede di aggiornamento, obiettivi aziendali che traslino iniziative a breve termine in materia di trasparenza/integrità.

Le attività svolte dall’Azienda per l’implementazione e l’attuazione del PTPCT devono, pertanto, essere introdotte sotto forma di obiettivi nel Piano delle Performance sotto il profilo della:



- **performance organizzativa**, da intendersi come attuazione dei piani e delle misure previste per la prevenzione della corruzione e misurazione dell'effettivo grado di realizzazione degli stessi, nel rispetto delle fasi e dei tempi di attuazione;
- **performance individuale**, nel senso che tra gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale devono essere inclusi obiettivi relativi alle attività di prevenzione della corruzione e di trasparenza, tenendo ovviamente conto della specificità delle funzioni svolte da ciascun dirigente.  
E' altresì opportuno che tali obiettivi vengano assegnati anche al personale non dirigente, in particolare se operante in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione.

L'ASP di Vibo Valentia ha approvato per il triennio 2022/2024 il Piano delle Performance, in cui, tra gli obiettivi strategici, è prevista l'adozione e l'attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

Deve intendersi, pertanto, che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza previsti dal PTPCT costituiscono contenuto necessario ed essenziale del Piano della Performance.

Nel corso dell'anno 2022, inoltre, in sintonia con le disposizioni vigenti, si procederà ad assegnare al personale dirigente e, a cascata, al personale del comparto gli obiettivi operativi in materia di prevenzione del rischio di corruzione e in materia di trasparenza, in particolare nelle aree maggiormente esposte alla corruzione.

Tali obiettivi, in linea generale, consisteranno principalmente nell'attuazione delle misure previste dal Piano per la prevenzione della corruzione e nell'attuazione degli obblighi di trasparenza, garantendo la massima collaborazione con il RPCT.

Il raggiungimento di tali obiettivi dovrà essere oggetto di valutazione da parte degli organi competenti, anche ai fini della distribuzione della retribuzione di risultato e della produttività.

L'esito della valutazione delle performance organizzativa e individuale, di cui si dovrà dare conto nella Relazione delle Performance, dovrà essere valutato dal RPCT al fine di analizzare le cause che hanno determinato un eventuale scostamento dai risultati programmati e, conseguentemente, di individuare misure correttive da inserire nel Piano.

Bisogna, tuttavia, tener conto che attualmente la situazione all'interno dell'ASP di Vibo Valentia, relativamente al personale, è molto complessa e difficile.

La carenza di dirigenti in ambito amministrativo è stata temporaneamente colmata con l'assunzione a tempo determinato di personale a cui conferire incarichi dirigenziali, mentre in ambito sanitario si stanno conferendo, ai sensi dell'art. 22 del C.C.N.L. Sanità, gli incarichi di Direttori F.F. delle strutture complesse sanitarie.

La temporaneità degli incarichi consente certamente di attribuire gli obiettivi relativi alla performance ma non ne garantisce, tuttavia, la realizzazione, visto che potrebbero scadere prima che gli obiettivi vengano conseguiti.

## ***8. Soggetti preposti alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda.***

### ***8.1 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.***

L'art. 1, comma 7, della legge n. 190/2012 dispone che l'organo di indirizzo politico debba individuare il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e comunicare l'avvenuta designazione all' A.N.A.C.



Il D.Lgs. n. 97/2016 ha modificato in modo significativo la figura del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione.

La nuova disciplina ha unificato in capo ad un unico soggetto l'incarico di Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza, rafforzandone il ruolo e prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività.

D'ora in avanti si parlerà di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza deve essere scelto, di norma, tra i dirigenti amministrativi di ruolo di prima fascia in servizio.

Deve, inoltre, trattarsi di dirigente che si trovi in una situazione di relativa stabilità al fine di evitare che la necessità di intraprendere iniziative penetranti nei confronti dell'organizzazione amministrativa possa essere compromessa, anche solo potenzialmente, dalla situazione di precarietà dell'incarico.

E' da evitare, in ogni caso, la nomina di dirigenti inseriti nell'ufficio di diretta collaborazione per la particolarità del vincolo fiduciario che li lega all'autorità di indirizzo politico.

La scelta, inoltre, deve ricadere su un dirigente che:

- non sia stato destinatario di provvedimenti giudiziari di condanna, né di provvedimenti disciplinari;
- abbia dato dimostrazione nel tempo di comportamento integerrimo;
- non si trovi in situazioni di conflitto di interesse e, in particolare, non abbia incarichi di dirigenza in quei settori considerati tradizionalmente più esposti al rischio di corruzione (quali, ad esempio, l'U.O. Gare e Contratti e l'U.O. Gestione Economica e Finanziaria e Gestione Patrimonio ed Economato).

E' da escludere il conferimento dell'incarico al Direttore Generale, dal momento che l'attività del RPCT ha natura di vigilanza e deve essere svolta in modo imparziale.

Si ritiene opportuno, inoltre, non affidare l'incarico in oggetto al dirigente responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.), in quanto tra le due cariche si configura un'incompatibilità.

La funzione di responsabile della prevenzione della corruzione ha un carattere squisitamente preventivo, mentre la funzione dell'U.P.D. consiste nell'accertare l'illecito disciplinare e nell'irrogare la conseguente sanzione.

La sovrapposizione tra le due figure può comportare il rischio di uno svolgimento inefficace e inefficiente delle due funzioni: il responsabile ex legge 190/2014 deve avere con i suoi colleghi un rapporto di massima collaborazione e, per tale ragione, non deve essere inquadrato come un "indagatore" e un "persecutore".

Il responsabile della prevenzione della corruzione, inoltre, deve svolgere un ruolo di filtro delle informazioni che gli pervengono, al fine di valutarne la rilevanza disciplinare.

Questa attività rischia di essere compromessa qualora le due funzioni si sovrappongano.

Nella scelta del RPCT si deve tener conto, inoltre, di due diversi aspetti: il profilo delle competenze e il profilo organizzativo.

Per quanto riguarda l'aspetto conoscitivo, le principali conoscenze del RPCT devono essere:

- conoscenza dell'organizzazione sanitaria (ospedaliera/territoriale) e dei diversi processi che costituiscono gli elementi fondamentali per la produzione di servizi sanitari;
- conoscenza dei processi amministrativi e gestionali;
- capacità di valutare il contesto in cui opera un'azienda sanitaria e gli snodi importanti di funzionamento della macchina assistenziale ed amministrativa sulla base anche della



conoscenza intersettoriale dell'azienda sanitaria e della rete di relazioni interne ed esterne della stessa in ambito locale, regionale ed extra regionale;

- conoscenza degli strumenti di programmazione aziendale e del sistema di valutazione delle performance per le necessarie interconnessioni tra questi e il PTPC.

Per quanto riguarda, invece, l'aspetto organizzativo, posto che il RPCT, di regola, dovrebbe occupare una posizione dirigenziale di struttura complessa o a valenza dipartimentale e che la funzione di RPCT è aggiuntiva rispetto alla funzione e al ruolo del dirigente già ricoperti all'interno dell'organizzazione, è importante, nell'individuazione della figura più adeguata al ruolo di RPCT, tenere conto della tipologia di struttura organizzativa diretta e del livello di integrabilità/compatibilità delle relative funzioni ed attività con quelle aggiuntive del ruolo di RPCT.

L'incarico di RPCT può essere conferito anche ad un soggetto diverso da quelli su indicati.

In particolare, può trattarsi di un dipendente che non abbia la qualifica di dirigente, ma possieda, in ogni caso, le competenze necessarie a ricoprire l'incarico in oggetto.

In tal caso, la decisione adottata dai vertici aziendali deve essere adeguatamente motivata.

A garanzia di uno svolgimento autonomo e indipendente delle funzioni di RPCT, occorre prendere in considerazione anche la durata dell'incarico, che deve essere fissata tenendo conto della non esclusività della funzione. Il RPCT può essere un dirigente di struttura complessa, in questo caso la durata dell'incarico è correlata alla durata del contratto sottostante all'incarico dirigenziale già svolto.

Il RPCT, inoltre, è una figura di garanzia e non un incarico di natura fiduciaria. Per tale ragione, la durata dell'incarico non deve essere correlata a quella del contratto del Direttore Generale.

L'Azienda ha deciso di conferire l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione mediante l'indizione di un avviso interno riservato ai Collaboratori Amministrativi Esperti in possesso di diploma di laurea richiesto per l'accesso al ruolo di dirigente.

Nei termini stabiliti è pervenuta la sola domanda della Dott.ssa Maria Grazia Vavalà, che, possedendo i requisiti richiesti, con delibera del Direttore Generale n. 1239/DG del 24 novembre 2014, è stata nominata Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza.

La decisione di investire dell'incarico un funzionario dell'Azienda anziché un dirigente, come previsto dal D.Lg.vo n. 190/2012, è stata determinata dalla carenza di figure dirigenziali: gli unici Dirigenti che avrebbero potuto svolgere le mansioni di RPCT erano i Direttori dell'U.O. Gare e Contratti e dell'U.O. Gestione Economica e Finanziaria.

Con delibera n. 1295/CS del 19 luglio 2021, l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è qualificato come incarico di funzione.

I compiti assegnati dalla Legge n. 190/2014 al Responsabile della Prevenzione della Corruzione sono quelli di seguito elencati:

- elaborare la proposta del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e sottoporlo all'approvazione del Direttore Generale dell'Azienda (art. 1, comma 8);
- notificare una copia del Piano a tutti i Direttori di Dipartimento, di Distretto e di Unità Operative Complesse nonché a tutti i Dirigenti delle Unità Operative Semplici e Dipartimentali affinché lo diffondano tra il personale;
- segnalare all'Organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei



dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, comma 7);

- vigilare sull'attuazione, osservanza e funzionamento del Piano (art. 1, comma 10), in particolare :
  - verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità, proponendo modifiche dello stesso qualora vengano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda (art. 1, comma 10, lett.a);
  - verificare, d'intesa con il Dirigente competente, l'eventuale rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett.b);
  - definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8 e 10);
  - individuare, d'intesa con la struttura aziendale responsabile della formazione e dell'aggiornamento, il personale da inserire nei programmi di formazione (art. 1, comma 10, lett. c);
- esercitare compiti di vigilanza affinché siano rispettate le disposizioni del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39 sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi.

Al fine di consentire l'esercizio delle funzioni di cui sopra, i dirigenti e, in generale, i dipendenti dell'Azienda hanno l'obbligo di informare il RPCT della mancata osservanza del Piano e delle misure di contrasto del rischio corruzione, con particolare riguardo alle attività e aree a maggior rischio individuate dal Piano medesimo.

Nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, il R.P.C.T. accerti fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità penale, deve presentare tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia Giudiziaria con le modalità previste dalla legge (art. 331 c.p.p.), dandone informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Qualora riscontri dei fatti che comportino una responsabilità amministrativa, deve presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti, affinché avvii le procedure necessarie ad accertare l'eventuale danno erariale.

Qualora, infine, riscontri dei fatti che abbiano una rilevanza disciplinare, deve darne tempestiva informazione al Direttore a cui afferisce il dipendente coinvolto, a seconda del ruolo o dell'incarico conferito, e, quindi, al Direttore Generale, al Direttore del Distretto, al Direttore del Dipartimento o dell'Unità Operativa Complessa, nonché all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, affinché venga avviata l'azione disciplinare.

I compiti assegnati al R.P.C.T. dalla legge n. 190/2012 sono stati rafforzati dal D.Lgs. n. 97/2016 e correttamente interpretati dalla delibera dell'ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018.

Con questa nuova normativa è stato disposto che gli organi di indirizzo politico sono tenuti ad individuare gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione per giungere, attraverso un'azione sinergica tra il management aziendale, i dirigenti, i dipendenti e il RPCT, alla redazione di un PTPC condiviso.

Il RPCT non può svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, né esprimersi sulla regolarità tecnica o contabile di tali atti, né procedere ad un accertamento delle responsabilità, qualunque natura esse abbiano, in quanto sconfinerebbe nelle



competenze di altri organi interni o esterni all'azienda che hanno specifici poteri in merito ai controlli sul buon andamento dell'attività amministrativa e sull'accertamento delle responsabilità.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione deve, quindi, predisporre un piano condiviso che prevenga i fenomeni corruttivi e verificare costantemente l'efficacia e l'efficienza del sistema di prevenzione della corruzione elaborato.

Nell'ambito di queste competenze, l'ANAC ha precisato quali siano i compiti del RPCT nel caso in cui gli venga segnalata una disfunzione o un fenomeno corruttivo.

Qualora nel PTPC siano state previste adeguate misure di prevenzione, è opportuno che il RPCT chieda per iscritto ai soggetti responsabili dell'attuazione delle misure preventive le modalità con cui le misure stesse sono state attuate, specificando dettagliatamente le motivazioni per cui ha richiesto le informazioni.

Qualora, invece, il PTPC non preveda alcuna misura preventiva, è opportuno che il RPCT chieda come è stata svolta l'attività istituzionale che palesa un rischio di corruzione, sempre motivando la richiesta di informazioni.

I dipendenti hanno il dovere di collaborare inviando le informazioni richieste e, eventualmente, allegando la documentazione ritenuta necessaria.

Il RPCT può, inoltre, acquisire documenti ed ascoltare i dipendenti ma al solo scopo di ricostruire in modo più chiaro e dettagliato i fatti oggetto di segnalazione, non certo per individuare responsabilità.

Questa attività di verifica e controllo è importante in quanto consente al RPCT di modificare le misure di prevenzione risultate inadeguate o di individuarne delle nuove per fronteggiare potenziali rischi di corruzione non mappati.

**Il R.P.C.T. deve svolgere le sue funzioni in modo effettivo e in condizioni di indipendenza e, a tal fine, l'organo di indirizzo deve creare le condizioni per favorirne lo svolgimento dell'attività senza pressioni, che possano condizionarne le valutazioni.**

**Deve, altresì, garantire la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle funzioni. A tal proposito è auspicabile la costituzione di un apposito ufficio, che non deve necessariamente essere dedicato esclusivamente all'anticorruzione, in quanto, in una logica di integrazione delle attività, è possibile prevedere un'integrazione di differenti competenze multidisciplinari di supporto al R.P.C.T.**

A causa della carenza di personale amministrativo, il management aziendale non ha fino ad ora individuato figure professionali che possano collaborare con il R.P.C.T., al quale è stato conferito altresì l'incarico di Responsabile della Protezione Dati.

Trattasi di attività che contrasta fortemente, come più volte sottolineato dall'ANAC, con il ruolo di RPCT, ma che il dipendente in questione ha accettato in un'ottica di collaborazione con l'Azienda.

A decorrere dall'inizio dell'anno 2022, inoltre, non collabora più con l'U.O. Risorse Umane per il reclutamento di personale, vista la palese incompatibilità tra i due incarichi.

In ogni caso, le funzioni di RPCT e di DPO sono alquanto gravose e cariche di responsabilità, ancor di più se manca l'aiuto di collaboratori.

E' auspicabile, pertanto, che nel prossimo triennio i vertici aziendali, consapevoli dell'importanza del ruolo svolto e della molteplicità delle funzioni attribuite al R.P.C.T., si adoperino per realizzare una struttura dell'ufficio tale da garantire lo svolgimento di questo delicato compito in modo imparziale, al riparo da possibili ritorsioni, e ne determinino la relativa organizzazione funzionale.

Qualora ciò non fosse possibile, è opportuno creare una struttura di supporto mediante appositi atti organizzativi che consentano al R.P.C.T., in un'ottica di integrazione delle attività, di avvalersi di personale di altri uffici dotato di competenze multidisciplinari. Soggetti esterni all'amministrazione non possono far parte della struttura di supporto al R.P.C.T.



La legge pone a carico del Responsabile della Prevenzione della Corruzione consistenti responsabilità di tipo dirigenziale, amministrativa e disciplinare in caso di inadempimento.

Il D.Lgs 97/2016 ha apportato in materia diverse modifiche in virtù delle quali, in caso di ripetute violazioni del PTPC, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione ha, sul piano disciplinare, una responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, qualora non dimostri di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità di attuazione e di aver vigilato sull'osservanza del Piano.

Nel caso in cui il RPCT provi di aver effettuato le dovute comunicazioni e di aver vigilato sull'attuazione del Piano, saranno i dirigenti responsabili delle varie strutture a rispondere della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Resta ferma la responsabilità prevista dall'art. 1 della legge n. 190/2012, in particolare:

- una responsabilità dirigenziale per mancata predisposizione del piano e mancata adozione delle procedure per la selezione e formazione dei dipendenti (art. 1, comma 8);
- una responsabilità dirigenziale e disciplinare in caso di commissione all'interno dell'Azienda di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, oltre ad una responsabilità per il danno erariale e il danno di immagine arrecati alla p.a. (art. 1, comma 12), salvo che dimostri:
  1. di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano di prevenzione della Corruzione e di aver effettuato tutte le verifiche richieste dai comma 9 e 10 dell'art. 1 della legge 190/2012;
  2. di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- una responsabilità dirigenziale presuntiva in caso di ripetute violazioni delle misure preventive previste dal piano (art.1, comma 14);
- una responsabilità disciplinare per omesso controllo (art. 1, comma 14).

### ***8.2 Il Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).***

Con delibera del Commissario Straordinario n. 7 del 10 gennaio 2014, l'Azienda ha nominato, quale Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RASA) il dipendente Bruno Marino, collaboratore amministrativo – Cat. D, in servizio presso gli Uffici Amministrativi del Presidio Ospedaliero di Serra San Bruno.

Il compito del RASA consiste nell'inserimento e aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante.

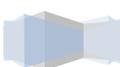
Ha, inoltre, il compito di elaborare la tabella di cui all'art. 1, comma 32, della legge n. 190/2012.

### ***8.3. I referenti per la prevenzione della corruzione.***

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, pur essendo nell'ambito dell'Azienda il punto di riferimento per l'implementazione dell'intera politica di prevenzione, si avvale della collaborazione di referenti, come previsto dal punto 2.2 della Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 25 gennaio 2013.

La funzione dei referenti è quella di garantire un raccordo e un coordinamento tra il R.P.C.T. e le unità dipartimentali e territoriali nonché i centri di responsabilità in cui è articolata l'amministrazione aziendale.

Per tale ragione, i referenti del R.P.C.T. sono stati individuati nei Direttori dei Dipartimenti e del Distretto unico, nei Direttori o Responsabili delle Unità Operative Complesse e delle Unità Operative



Semplici Dipartimentali dei ruoli amministrativo, professionale, tecnico e sanitario. In mancanza di tali figure, i referenti sono stati individuati tra i titolari di incarichi di funzione e i Coordinatori Sanitari. Più precisamente, sono designati referenti del RPCT:

1. **Dott. Gianfranco IELO** – Responsabile dell' U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione e dell'U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica;
2. **Dott. Antonio ZAPPONE** - Responsabile U.O. Gestione Economiche e Finanziarie;
3. **Dott.ssa Annamaria RENDA** – Responsabile U.O. Programmazione e Controllo e ad interim responsabile del Servizio Informatico Aziendale;
4. **Avv. Sabrina CAGLIOTI** – Responsabile Ufficio Legale;
5. **Dott.ssa Eleonora PALERMO** – Incarico di funzione U.O. Affari Generali;
6. **Dott.ssa Michela SORIANO** – Responsabile U.O. Attività Tecniche;
7. **Dott. Davide MATALONE**- Titolare incarico di funzione Relazioni sindacali;
8. **Dott. Nicola NOCERA**- Titolare incarico di funzione CUP -ALPI
9. **Dott. Michelangelo MICELI** - Direttore Presidio Unificato e Direttore Sanitario P.O. Vibo Valentia;
10. **Dott. Raffele BAVA** – Responsabile Distretto Unico di Vibo Valentia;
11. **Dott. Michele MICELI** - Responsabile Direzione Sanitaria S.O. Serra San Bruno;
12. **Dott.ssa Lina PURITA**- Responsabile Direzione Sanitaria S.O. Tropea;
13. **Dott. Giuseppe RODOLICO** - Direttore Dipartimento di Chirurgia e Direttore U.O.C. di Urologia; Direttore Dipartimento di Prevenzione;
14. **Dott. Antonio TALESA** – Direttore f.f. Dipartimento di Emergenza – Urgenza e Accettazione;
15. **Dott. Giuseppe GRECO** - Direttore Dipartimento Salute Mentale e Direttore U.O. Psichiatria;
16. **Dott. Franco GALATI**- Direttore U.O.C. di Neurologia
17. **Dott. Valerio MANNO** – Direttore f.f. U.O. Medicina Interna P.O. Vibo Valentia;
18. **Dott. Leonardo BERTUCCI** - Direttore f.f. U.O. Medicina Interna P.O. Serra San Bruno;
19. **Dott. Giuseppe BARBUTO** - Referente U.O. Medicina Interna P.O. Tropea;
20. **Dott. BILOTTA** – Direttore f.f. U.O.C. Cardiologia - UTIC;
21. **Dott. FIORILLO** - Direttore f.f. U.O. Radiologia;
22. **Dott. Antonio TALESA** - Direttore SUEM 118
23. **Dott. Giuseppe OPPEDISANO** – Direttore U.O.C. di Anestesia e Rianimazione;
24. **Dott. Francesco ZAPPIA** – Direttore U.O.C. di Chirurgia;
25. **Dott. Carmelo TRACLO'** – Responsabile U.O. Oculistica;
26. **Dott. Michele BROGNA** – Responsabile U.O. Malattie Infettive e del Fegato;
27. **Dott.ssa Ivana FIGLIANO** - Referente U.O. Di Nefrologia e Dialisi;
28. **Dott.ssa Carmelina ERMIO**- Direttore U.O. Ostetricia e Ginecologia;
29. **Dott. Salvatore BRAGO'** – Direttore U.O. di Pediatria;
30. **Dott. Vincenzo NATALE** - Direttore Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza;
31. **Dott. Vincenzo MAIOLO** – Direttore f.f. U.O. Laboratorio Analisi e Microbiologia;
32. **Dott.ssa Francesca AFFLITTO** – Responsabile Farmacia Ospedaliera;
33. **Dott. Giuseppe BORELLO** – Responsabile Farmacia Territoriale

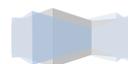
L'azione dei referenti è subordinata alle indicazioni e istruzioni del RPCT, con il quale deve instaurarsi un rapporto di collaborazione.

In particolare, i referenti, in materia di prevenzione della corruzione, hanno, nell'ambito della propria unità operativa, poteri di vigilanza e controllo e, nei confronti del responsabile, obblighi di collaborazione e di monitoraggio delle potenziali attività a rischio.

Nello specifico, i referenti devono:

---

*Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza*  
*Dott.ssa Maria Grazia Vavalà*



- monitorare il personale e le attività di pertinenza dell'unità operativa che dirigono o a cui afferiscono al fine di individuare i soggetti e/o le procedure più esposte al rischio di corruzione;
- attuare forme di controllo interno dirette alla prevenzione e all'emersione di possibili rischi di corruzione;
- fornire al R.P.C.T. le informazioni necessarie e le proposte adeguate per l'adozione di misure di verifica e di controllo idonee a prevenire e contrastare fenomeni di corruzione;
- adottare, nel rispetto della normativa vigente e delle disposizioni aziendali, regolamenti interni che prevedano le procedure di competenza dell'unità operativa e una sequenza vincolante di comportamenti e di responsabilità, allo scopo di standardizzare e di orientare i procedimenti;
- collaborare con il R.P.C.T. nell'elaborazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, proponendo eventuali integrazioni, correzioni o modifiche che potrebbero rendersi necessarie in virtù degli esiti dei monitoraggi e dei controlli effettuati nelle strutture di appartenenza;
- promuovere l'osservanza del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e verificare la corretta applicazione delle misure di contrasto in esso previste;
- diffondere la cultura della prevenzione della corruzione, promuovendo l'adozione di comportamenti etici, equi e trasparenti;
- adottare le misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti in caso di violazione dei doveri di comportamento e di inosservanza delle prescrizioni contenute nel Piano di Prevenzione della Corruzione;
- proporre e attivare le misure che garantiscano la rotazione del personale addetto alle aree di rischio, in particolare se soggetti a procedimenti penali e/o disciplinari per condotta corruttiva con concreta ed effettiva possibilità di reiterazione del reato;
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione;
- proporre e adottare misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, ai sensi del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39;
- proporre e adottare misure di verifica sull'applicazione e l'osservanza delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione per incarichi esterni;
- garantire la trasparenza dell'organizzazione dell'unità operativa o servizio nonché dei procedimenti di competenza della stessa e dei provvedimenti adottati;
- proporre e adottare misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di trasparenza, ai sensi del decreto legislativo n.33/2013 e delle altre disposizioni vigenti, così come verrà esplicitato nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità Aziendale.

Tutte le strutture organizzative aziendali devono, dunque, garantire al Responsabile della Prevenzione della Corruzione un supporto collaborativo sia in sede di mappatura dei processi sia in fase di stesura del P.T.P.C.T.

Le modalità verranno modulate e concordate dal R.P.C.T. e dai direttori e responsabili di dipartimenti, distretto e unità operative complesse e recepite in sede di aggiornamento del Piano.

Per far sì che il Piano per la prevenzione della corruzione diventi realmente operativo, si procederà alla costituzione di un Comitato o Gruppo di lavoro presieduto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e composto dai referenti per la corruzione.



Il compito del comitato sarà quello di relazionare periodicamente sull'attuazione e osservanza delle disposizioni del piano nonché di formulare proposte di aggiornamento dello stesso.

Il presente Piano prevede, dunque, il massimo coinvolgimento dei Direttori di Struttura, sui quali gravano obblighi di collaborazione attiva e di corresponsabilità nella progettazione, promozione e adozione di tutte le misure atte a garantire l'integrità dei comportamenti individuali all'interno dell'organizzazione aziendale.

L'inottemperanza da parte dei referenti degli obblighi di collaborazione e di informativa del responsabile della prevenzione della corruzione genera una responsabilità di tipo dirigenziale e suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

### **8.4 Gli altri organi coinvolti nella prevenzione della corruzione.**

Oltre ai referenti, gli altri organi con cui il R.P.C.T. deve relazionarsi per l'esercizio della sua funzione sono:

- **l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari (U.P.D)**, il quale deve:
  - ✓ fornire i dati e le informazioni circa la situazione dei procedimenti disciplinari, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali;
  - ✓ svolgere i procedimenti disciplinari per i quali è competente;
  - ✓ collaborare in modo propositivo con il R.P.C.T nella redazione del Codice di Comportamento;
- **l'Organismo Interno di Valutazione (O.I.V)**, le cui competenze, già delineate dall'art. 14 del D.Lgs 150/2009, sono state modificate e integrate dal D.L. n. 90/2014 e dal D.P.R. del 9 maggio 2016 n. 105, in particolare, deve:
  - ✓ verificare che gli obiettivi connessi all'anticorruzione e trasparenza, previsti nel PTPCT, siano inseriti nel Piano della Performance e di essi si tenga conto nella misurazione e valutazione della performance;
  - ✓ verifica il contenuto della Relazione Annuale che il RPCT è tenuto a trasmettere e in cui dà atto dei risultati dell'attività svolta;
  - ✓ promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza;
  - ✓ esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda;
  - ✓ può essere interpellata dall'ANAC per avere informazioni in merito allo stato di attuazione delle misure anticorruzione;
  - ✓ può ricevere dal RPCT segnalazioni riguardanti disfunzioni inerenti l'attuazione del PTPCT;
- **tutti i dirigenti**, in base ai compiti loro affidati dall'art. 16 del D.Lgs. n.165 del 2001;
- **i dipendenti nel loro complesso**, che, ai sensi del D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62, sono obbligati a rispettare i principi di integrità, correttezza, buona fede, obiettività, equità, imparzialità e mancanza di conflitto di interessi (art. 3, comma 2).

In materia di prevenzione della corruzione, l'art. 8 del medesimo D.P.R. dispone che *“il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della*



*corruzione presta la sua collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo della denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza”.*

Tutto il personale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia è obbligato, pertanto, all'osservanza delle norme anticorruzione e a fornire il suo apporto collaborativo al R.P.C.T. per l'attuazione del piano medesimo, anche in considerazione del fatto che, ai sensi dell'art. 1, comma 14 della legge n. 190/2012 *“la violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione del piano costituisce illecito disciplinare”.*

Anche l'inottemperanza dei doveri di collaborazione e di informativa del responsabile della prevenzione della corruzione da parte dei soggetti obbligati è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

Si fa presente, tuttavia, che il rapporto di collaborazione è stato ed è tuttora di difficile realizzazione per un duplice motivo:

1. la maggior parte delle Strutture Complesse amministrative, tecniche, professionali e sanitarie non ha un Direttore che promuova e vigili sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione;
2. la mancanza di personale, sempre più grave a causa dei pensionamenti, fa concentrare le attenzioni sulle attività proprie delle unità operative, in particolare se sanitarie.

La necessità di far fronte continuamente alle emergenze assistenziali nei reparti, privi soprattutto di personale medico, e alle attività di ordinaria amministrazione negli uffici impedisce ogni forma di collaborazione da parte di dipendenti e di dirigenti ai fini della prevenzione della corruzione.

La situazione si è ulteriormente aggravata con il diffondersi della pandemia da COVID-19. A seguito di tale evento, l'attività lavorativa si è ulteriormente concentrata ad affrontare e risolvere le emergenze pandemiche, lasciando poco spazio alla valutazione del rischio corruttivo e al monitoraggio delle misure di prevenzione.

Il RPCT ha dovuto affrontare da solo tutte le attività inerenti alla prevenzione della corruzione, compatibilmente con le ulteriori mansioni che gli sono state attribuite.

### ***8.5. La formazione dei dipendenti.***

La figura del RPCT e le figure di supporto (referenti, organi di indirizzo, titolari di uffici e di funzioni strategiche, ecc.) sono da considerarsi i destinatari prioritari dell'investimento formativo.

La pubblica amministrazione deve poi scegliere altri soggetti da formare e deve investire principalmente su tutti coloro che, seppur con approcci differenziati, partecipano, a vario titolo, alla formazione ed attuazione delle misure di prevenzione.

Sotto il profilo dei contenuti la formazione deve riguardare, anche in modo specialistico, tutte le diverse fasi di costruzione dei PTPC e delle connesse relazioni annuali: a titolo di esempio, l'analisi di contesto, esterno e interno, la mappatura dei processi, l'individuazione e la valutazione del rischio, l'identificazione delle misure e le modalità di verifica, monitoraggio e controllo delle stesse.

Sotto il profilo delle modalità didattiche, sono da valorizzare modalità formative secondo la logica della diffusione e implementazione dell'esperienza e delle buone pratiche, da condursi anche sul



campo, rivolte sia ai RPCT che alle figure di supporto e finalizzate a costruire la consapevolezza e la corresponsabilizzazione degli operatori e dei responsabili delle aree a rischio nelle attività di monitoraggio dei processi e dei procedimenti.

I percorsi formativi dovranno pertanto connotarsi per una sempre maggiore specificità in relazione alle peculiarità del settore sanitario rispetto agli altri settori della pubblica amministrazione e per l'approccio operativo, finalizzato al consolidamento di una reale e concreta capacità di applicazione e di trasferimento delle competenze nell'espletamento delle funzioni rivestite all'interno dell'organizzazione.

Al fine di favorire la diffusione della cultura della prevenzione della corruzione e l'adozione di comportamenti etici, equi e trasparenti, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, d'intesa con il Responsabile della Formazione, ha proposto di inserire nel Piano Annuale Aziendale di Formazione percorsi formativi indirizzati a tutto il personale dipendente dell'Azienda.

Nel prossimo triennio, verranno organizzati percorsi formativi di livello specifico, ognuno dei quali sarà destinato ai dipendenti delle singole Unità Operative.

Lo scopo è quello di consentire una conoscenza più approfondita e concreta dei procedimenti da mettere in atto per valutare e individuare i rischi, che afferiscono ad una determinata area di attività, e per progettare e organizzare le misure più idonee per prevenire e contrastare la corruzione nonché la metodologia da seguire per il monitoraggio del Piano e delle misure adottate.

Incentrare la formazione sui procedimenti amministrativi di cui ciascun dipendente si occupa, ha la duplice finalità di creare competenze specifiche per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione e, quindi, di indurre a riflettere sulle procedure messe in atto quotidianamente, in modo da assumere un atteggiamento più critico ed eventualmente correttivo, qualora si dovessero riscontrare potenziali rischi corruttivi.

Se l'attività amministrativa viene svolta da soggetti consapevoli, la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni sono adottate con cognizione di causa: ciò riduce il rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente.

I Direttori e i dirigenti responsabili delle diverse articolazioni aziendali individueranno il personale da formare e comunicheranno i nominativi al R.P.C.

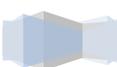
La partecipazione ai percorsi formativi è obbligatoria sia per il personale dirigenziale sia per il personale del comparto.

Con delibera del Commissario Straordinario n. 606 del 16 aprile 2021 è stato approvato il Piano della Formazione per l'anno 2021.

Tuttavia, il diffondersi della pandemia e della situazione emergenziale venutasi a creare, ha reso impossibile organizzare corsi di formazione, che, pertanto, dovranno svolgersi nel 2022, sotto forma di webinar o comunque di formazione a distanza.

I corsi sono quelli di seguito elencati:

1. **“La mappatura del processo dell'appalto: dalla costruzione della procedura alla verifica della prestazione alla luce del nuovo codice degli appalti”**, proposto principalmente per i dipendenti dell'U.O. Provveditorato Economato e Gestione logistica;
2. **“Le procedure di autorizzazione degli incarichi esterni”**, proposto principalmente per i dipendenti dell' U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione;



3. **“La gestione del rischio nei processi di gestione finanziaria ed economica”**, proposto principalmente per i dipendenti dell’U.O. Gestione Economica e Finanziaria;
4. **“Modelli e tecniche di identificazione, analisi e valutazione del rischio: applicazione delle misure obbligatorie e individuazione delle misure facoltative”**, rivolto a tutto il personale: Direttori del Distretto e dei Dipartimenti, Direttori/Responsabili delle unità operative complesse, semplici e semplici a valenza dipartimentale del ruolo amministrativo, professionale, tecnico e sanitario.

E’ previsto un percorso formativo anche per il RPCT, che, nel corso del 2021, ha partecipato a due webinar organizzati dalla Mediaconsult: “La redazione del PTPCT 2021- 2023” e “La metodologia di gestione dei rischi corruttivi nel PNA 2019”, oltre ad aver preso parte a tutte le iniziative formative organizzate dall’ANAC e, precisamente, ha partecipato a “Il mese del RPCT” edizione 2021 e ai quattro moduli di formazione : “Introduzione alla stesura del PTPCT- quadro normativo”, “Le misure del PTPCT”, “La piattaforma di acquisizione dei Piani” e “Il whistleblowing”.

## ***9. La gestione del rischio.***

### ***9.1 Il processo di gestione del rischio.***

Per gestione del rischio si intende quel complesso di attività coordinate tra loro e finalizzate a guidare e controllare l’amministrazione in relazione al rischio di corruzione, con lo scopo di garantire il buon andamento e l’imparzialità delle decisioni e dell’attività amministrativa nonché la prevenzione di eventi corruttivi.

La gestione del rischio deve essere parte integrante di tutti i processi posti in essere dall’Azienda al fine di aiutare i responsabili ad effettuare scelte consapevoli e individuare le priorità di interventi.

Inoltre, un approccio sistematico, tempestivo e strutturato alla gestione del rischio contribuisce a garantire l’efficienza dei processi e il conseguimento di risultati coerenti e affidabili.

Le fasi principali della gestione del rischio sono:

- **L’analisi del contesto esterno ed interno;**
  - **la valutazione del rischio;**
  - **il trattamento del rischio.**
- **L’analisi del contesto** consente all’Azienda di acquisire le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell’ambiente in cui opera (**contesto esterno**) e alla propria organizzazione (**contesto interno**).
- L’analisi del contesto esterno** deve evidenziare come le caratteristiche ambientali possano favorire il verificarsi di eventi corruttivi. Da un punto di vista operativo, l’analisi del contesto esterno deve essere effettuata acquisendo dati rilevanti di natura oggettiva e interpretandoli al fine di ricavarne elementi utili alla rilevazione del rischio corruttivo.
- L’analisi del contesto interno** riguarda, invece, la struttura aziendale e la gestione dei processi che caratterizzano l’attività aziendale.
- L’aspetto più importante dell’analisi del contesto interno è:
- **La mappatura dei processi** consistente nell’individuazione e nell’analisi dei processi organizzativi, con l’obiettivo di esaminare l’intera attività dell’amministrazione al fine di individuare aree che, per la loro natura e/o per la peculiarità dell’attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischio corruttivo.



Con la mappatura dei processi si individuano le attività dell'amministrazione, i componenti di ciascuna attività nonché le interazioni con altri processi.

Nel contesto che ci occupa, la mappatura dei processi è strumentale alla valutazione e al trattamento del rischio corruttivo.

Il processo, come definito nel nuovo PNA, è una sequenza di attività interrelate e interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione, ossia all'utente.

Questa nozione di processo è un concetto organizzativo:

- **più flessibile**, in quanto l'analiticità della valutazione non è determinata da una norma ma è il frutto di una scelta di chi imposta il sistema. L'analisi, quindi, può essere più o meno dettagliata a seconda dello scopo, delle risorse e delle competenze;
- **più gestibile**, in quanto più procedimenti possono essere aggregati in un unico processo, riducendo le attività da analizzare;
- **più completo**, in quanto se da un lato non tutta l'attività amministrativa è proceduralizzata, dall'altra i processi possono abbracciare tutta l'attività svolta dall'amministrazione;
- **più concreto**, in quanto descrive il "chi", il "come" e il "quando" dell'effettivo svolgimento dell'attività e non il "come dovrebbe essere fatta per norma".

La mappatura dei processi si articola nelle seguenti fasi:

- **Identificazione dei processi** svolti dall'organizzazione aziendale, che devono essere accuratamente esaminati e descritti. L'identificazione deve riguardare tutti i processi e non solo quelli ritenuti a rischio;
  - **Descrizione dei processi** per comprenderne le modalità di svolgimento e, quindi, le eventuali criticità al fine di inserire eventuali correttivi. La descrizione deve essere analitica, ma, a tale risultato si può pervenire gradualmente, nei diversi cicli annuali di gestione del rischio corruttivo, tenendo conto delle risorse e delle competenze disponibili. In una prima fase, può essere sufficiente una breve descrizione del processo, le attività che lo compongono e la responsabilità complessiva nonché i soggetti che svolgono le attività componenti il processo;
  - **Rappresentazione degli elementi del processo**, che può essere grafica o in forma tabellare.
- **La valutazione del rischio** è la fase in cui il rischio è identificato, analizzato e confrontato con altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive o preventive.
- La valutazione del rischio si articola in tre fasi: l'identificazione degli eventi rischiosi, l'analisi e la ponderazione.

**1. L'identificazione del rischio** consiste nella ricerca e individuazione di quei comportamenti o fatti che possono verificarsi nel processo mappato e tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

È una fase fondamentale, in quanto un evento rischioso non individuato non può essere gestito e potrebbe compromettere l'intera attività di prevenzione della corruzione.

Ai fini dell'identificazione del rischio è necessario innanzitutto individuare l'oggetto di analisi, ossia l'unità di riferimento rispetto alla quale individuare gli eventi rischiosi. L'unità di base è il processo, ma progressivamente l'Azienda dovrà affinare le sue metodologie e procedere ad un'analisi più approfondita e, quindi, delle singole attività che compongono il processo.



Per l'individuazione dei rischi esistono svariate tecniche e, allo stato, si ritiene utilizzare quelle di seguito elencate:

- l'analisi dei documenti e degli atti dell'amministrazione;
- gli incontri con il personale dipendente e, in particolare, con i direttori e responsabili delle singole unità operative;
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altre modalità;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari ed episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'Azienda o in altre amministrazioni;
- le eventuali esemplificazioni elaborate dall'Autorità per determinati settori.

Gli eventi individuati devono essere formalizzati mediante l'inserimento in un "registro dei rischi" e riportati nel PTPCT.

### **2. L'analisi del rischio ha lo scopo**

- di consentire una valutazione più approfondita degli eventi rischiosi attraverso **l'analisi dei fattori abilitanti della corruzione e**
- **di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio**

**I fattori abilitanti della corruzione** sono tutti quei fattori che facilitano il verificarsi di eventi corruttivi e la cui analisi consente l'individuazione di misure specifiche adeguate per il trattamento del rischio.

Sono fattori abilitanti:

- la mancanza di misure del trattamento del rischio e/o controlli;
- la mancanza di trasparenza;
- complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- responsabilità di un processo affidata da lungo tempo a pochi o ad un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione e/o scarsa competenza del personale addetto ai singoli processi;
- inadeguata diffusione del concetto di legalità.

La **stima del livello di esposizione al rischio** consiste nel valutare la probabilità che il rischio si verifichi e consente di individuare i processi e/o le attività su cui concentrare le attenzioni.

Per la stima del livello di esposizione al rischio si deve:

- **scegliere l'approccio valutativo**, preferibilmente di tipo qualitativo, motivando le valutazioni e garantendo la trasparenza;
- **individuare i criteri di valutazione**, ossia gli indicatori di stima del livello di rischio che, in prima istanza, possono essere:
  1. discrezionalità del processo decisionale;
  2. precedenti manifestazioni di eventi corruttivi nel medesimo processo e/o attività;
  3. scarsa trasparenza del processo decisionale;
  4. scarsa collaborazione nell'elaborazione del piano;
  5. errata interpretazione del valore delle misure di prevenzione;
  6. scarsa attuazione delle misure di trattamento del rischio.
- **rilevare i dati e le informazioni** necessarie per esprimere una valutazione sugli indicatori di stima del livello di rischio. E' opportuno utilizzare dati oggettivi



che rendono la valutazione imparziale e, quindi, più solida, come, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:

1. i dati su precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'amministrazione per reati contro la PA, per falso e truffa, in particolare contro l'amministrazione, per responsabilità amministrativo-contabili e per violazione della normativa sull'affidamento di contratti pubblici;
  2. le segnalazioni pervenute a mezzo whistleblowing o con altre modalità;
  3. altri dati in possesso dell'Azienda.
- **misurare il livello di esposizione al rischio e formulare un giudizio sintetico:**  
Si deve partire dalla misurazione dei singoli indicatori di rischio, utilizzando una scala di misurazione ordinale, ad esempio alto, medio, basso, per giungere ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, da esprimere con la medesima scala utilizzata per misurare i singoli processi e/o attività.  
**Qualora vi siano indicatori con attribuzione di valori diversi, non si dovrà fare una media, ma far riferimento, per la valutazione finale, al valore più alto.**

3. **La ponderazione del rischio** ha l'obiettivo di *“agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano di trattamento e le relative priorità”*.

La ponderazione del rischio ha lo scopo di stabilire:

- ❖ **le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio** e per ridurre il rischio residuo ad un livello quanto più prossimo allo zero.  
Nell'individuare le azioni da porre in essere si dovrà tener conto delle misure già adottate e stabilire se sia sufficiente migliorarle o introdurne delle nuove.
- ❖ **la priorità di trattamento**, ossia si dovrà procedere prioritariamente al trattamento dei processi/attività per i quali risulta essere più elevato il rischio di esposizione ad eventi corruttivi.

4. presuppone un confronto fra i rischi al fine di classificarli in base al livello di rischio e decidere le priorità e l'urgenza del trattamento.

- **Il trattamento del rischio** consiste nella neutralizzazione del rischio valutato, attraverso l'individuazione dei correttivi e delle modalità più idonee a prevenire il rischio corruttivo.

A tal fine devono essere previste delle misure di prevenzione e deve essere programmata, in modo puntuale, la loro attuazione.

Le misure di prevenzione si distinguono in misure generali e misure specifiche..

Le misure di prevenzione generali riguardano l'intera amministrazione e agiscono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

Le misure di prevenzione specifiche agiscono su problemi specifici e, quindi, intervengono su determinati rischi individuati in fase di valutazione del rischio.

Il trattamento del rischio si compone di due fasi: **l'individuazione delle misure e la programmazione delle misure.**

**1. Individuazione delle misure:**

In questa fase l'azienda deve individuare le misure di prevenzione della corruzione ritenute più idonee a prevenire i rischi individuati.



Le principali misure che possono essere adottate sia come generali che come specifiche sono:

- **La trasparenza dell'attività aziendale;**
- **I controlli**
- **La definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;**
- **La regolamentazione;**
- **La semplificazione;**
- **La formazione;**
- **La sensibilizzazione e la partecipazione;**
- **La rotazione ordinaria;**
- **Le segnalazioni;**
- **La disciplina del conflitto di interessi.**

Oltre alle tradizionali misure di prevenzione, rivestono particolare importanza la **semplificazione** e la **sensibilizzazione**.

Una molteplicità di regolamenti e/o disposizioni per disciplinare un processo o un'attività genera confusione e difficoltà di interpretazione, costituendo un fattore abilitante del rischio di corruzione, che può, invece, essere efficacemente contrastato prevedendo procedimenti semplici e lineari.

Anche la mancata conoscenza delle regole di comportamento rappresenta un fattore di rischio e per questo è utile promuovere corsi di formazione ad hoc per sensibilizzare il personale sui doveri del dipendente e sui comportamenti da tenere in determinate circostanze.

Le misure da adottare devono essere descritte con accuratezza al fine di far emergere gli obiettivi da raggiungere e le modalità con cui verranno attuate per incidere sui fattori abilitanti il rischio.

Nel processo di identificazione delle misure, si dovrà tener conto di quelle già esistenti e verificarne l'adeguatezza al fine di evitare un'inutile stratificazione di misure inefficaci. Qualora quelle programmate risultino inadatte, si procederà all'individuazione di misure nuove, che, ovviamente, dovranno essere capaci di neutralizzare i fattori di rischio corruttivo.

Deve trattarsi, altresì, di misure potenzialmente efficaci, adattabili alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione aziendale e alle sue peculiari esigenze nonché graduabili in relazione al livello di esposizione dell'attività al rischio di corruzione.

### **2. Programmazione delle misure**

Le misure di prevenzione individuate devono essere adeguatamente programmate.

In particolare, qualora si tratti di una misura particolarmente complessa, è necessario indicare le diverse fasi di attuazione e scadenzarle, ossia determinare i tempi di attuazione delle misure.

Bisogna altresì indicare in modo chiaro i responsabili dell'attuazione della misura e monitorarne la realizzazione, al fine di introdurre tempestivamente eventuali correttivi.

## **9.2. Monitoraggio e Riesame**

Il processo di gestione del rischio si conclude con il monitoraggio e il riesame.

Il monitoraggio è un'attività continuativa il cui scopo è quello di verificare l'attuazione e l'efficacia delle singole misure di trattamento del rischio.



Il riesame, invece, è un'attività svolta ad intervalli programmati e riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sotto-fasi:

- Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- Il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

### **9.2.1 Monitoraggio sull'attuazione delle misure.**

Il P.T.P.C.T. deve prevedere un adeguato sistema di monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione.

Responsabile di tale attività è il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione.

Si possono tuttavia prevedere sistemi di monitoraggio organizzati su più livelli: il primo livello di monitoraggio deve essere a carico dei referenti e/o dei responsabili delle unità operative che devono dare attuazione alle misure di prevenzione. I risultati di questo primo step devono essere trasmessi al R.P.C.T., il quale dovrà verificarne la veridicità attraverso l'acquisizione di documenti, informazioni o qualsiasi altra prova che documenti l'effettiva azione svolta

Il monitoraggio di secondo livello compete al R.P.C.T. per verificare l'attuazione delle misure di prevenzione del rischio previste dal P.T.P.C.T. da parte di tutte le strutture che compongono l'Azienda.

I monitoraggi devono essere almeno annuali, ma, più sono frequenti, più tempestivi saranno gli interventi correttivi.

Può essere effettuato su tutti i processi o a campione.

**Il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione rappresenta il presupposto per la definizione del nuovo PTPCT.**

### **9.2.2 Monitoraggio sull'idoneità delle misure.**

Il RPCT deve monitorare l'efficacia delle misure, ossia verificarne la capacità di ridurre il rischio corruttivo.

Tale fase è sempre di competenza del RPCT, ma potrà essere coadiuvato da altri organi quali l'OIV o le strutture di vigilanza e audit interno.

### **9.2.3 Riesame periodico.**

Il riesame serve per verificare il funzionamento nel suo complesso del sistema di prevenzione della corruzione delineato nel PTPCT.

Il processo di gestione del rischio deve essere dinamico ossia deve consentire un continuo flusso di informazioni al fine di migliorarlo progressivamente e continuamente.

Il riesame deve avere una cadenza periodica almeno annuale, al fine di consentire la stesura del nuovo piano triennale. E' di competenza del RPCT che, tuttavia, dovrebbe essere supportato in ciò dall'OIV e/o dalle strutture di vigilanza aziendali.



## **10. Attività svolta per la gestione del rischio nell'anno 2021**

### **10.1. Mappatura dei processi, registro dei rischi e misure di prevenzione**

Per procedere ad una corretta ed efficace gestione del rischio bisogna innanzitutto effettuare la mappatura dei processi e individuare le relative aree e attività.

Si devono, quindi, individuare i rischi insiti in ciascun processo e programmare le misure di prevenzione necessarie a ridurre al minimo l'eventualità che si verifichi l'evento corruttivo.

Nel corso dell'anno 2021, grazie all'assunzione a tempo determinato di personale con funzioni dirigenziali e al conferimento degli incarichi di Responsabili di unità operative, è stato possibile mappare i processi, individuare i rischi e le relative misure di prevenzione.

E' stato così elaborato, per il triennio 2022/2024, il "Registro dei rischi e delle misure di prevenzione", allegato "A" al presente Piano, in cui sono state riportate le aree di rischio e, per ciascuna di esse, i processi e le singole attività, i rischi relativi e le misure di prevenzione da adottare.

Le aree di rischio mappate sono:

1. Acquisizione e Gestione del personale;
2. Contratti pubblici;
3. Gestione economica e finanziaria;
4. Affari legali;
5. Attività libero professionale e liste di attesa;
6. Rapporti con strutture accreditate o convenzionate;
7. Attività correlate ai decessi.

### **10.2 Contratti pubblici.**

Nel corso dell'anno 2021, il R.P.C.T, in collaborazione con i Responsabili dell'U.O. Provveditorato Economato e Gestione Logistica e dell'U.O. Gestione Tecnico Patrimoniale, ha rivisto alla mappatura dell'area relativa all'affidamento dei lavori, servizi e forniture, individuando per ciascun processo le relative attività (o sottoprocessi) che lo compongono.

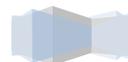
Come previsto nella Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, il sistema di affidamento è stato scomposto nelle seguenti fasi:

- Programmazione;
- Progettazione della gara;
- Selezione del contraente;
- Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto;
- Esecuzione e rendicontazione del contratto;
- Gestione spese economali.

L'U.O. Provveditorato Economato e Gestione logistica si occupa delle forniture di beni e servizi, qualunque sia il loro valore.

Gli acquisti vengono effettuati sul MEPA e l'Azienda procede all'indizione di procedure negoziate solo se la categoria merceologica del bene da acquistare non sia sul Mercato Elettronico e sia stata preventivamente autorizzata all'acquisto dalla Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria.

La procedura da applicare per la scelta del contraente è determinata dal valore (sopra o sotto soglia) del bene o servizio da appaltare.



Se il valore è inferiore ai 40.000 euro si procede, in ogni caso, all'acquisizione di almeno cinque preventivi.

Le offerte devono essere presentate al protocollo generale, che, essendo un protocollo informatico, garantisce un sistema inalterabile di protocollazione.

La richiesta di acquisto di un bene infungibile deve essere adeguatamente motivata dal richiedente che, nella richiesta medesima o su un apposito modello predisposto dall'Azienda, deve giustificare la dichiarata infungibilità.

Al fine di garantire la trasparenza e la legalità delle procedure negoziate per l'affidamento di beni e servizi, tutte le fasi di una gara sono oggetto di pubblicazione sul sito web dell'Azienda nella Sezione "Amministrazione Trasparente", sotto sezione di primo livello "Bandi di gara e contratti".

Con il nuovo Atto Aziendale, il servizio di gestione delle spese economali è diventato di competenza dell'U.O. Provveditorato Economato e Gestione Logistica.

Al fine di controllare meglio le spese economali, è stato adottato un nuovo Regolamento, approvato con delibera n. 225/DGR del 20 agosto 2019.

Con tale regolamento è stata istituita una Cassa Economale Principale (C.E.P), affiancata da due Casse Economali Territoriali (C.E.T): C.E.T 1 per il Presidio Ospedaliero e il territorio di Tropea e la struttura sanitaria di Nicotera e CET 2 per il Presidio Ospedaliero e il territorio di Serra San Bruno e il CAPT di Soriano.

Il Dirigente del Servizio Economico Finanziario costituirà, all'inizio di ogni esercizio, un fondo di dotazione della C.E.P. ed emetterà a favore del Responsabile della C.E.P. mandato di apertura di credito presso il Tesoriere.

Per le esigenze finanziarie della C.E.P. e delle C.E.T. verrà assegnata a ciascun responsabile una carta prepagata da valere sul conto e sulla disponibilità della C.E.P.

Il limite per le singole spese economali è stato fissato in euro 500,00, IVA esclusa, fatti salvi gli acquisti per farmaci urgenti e indifferibili e per le spese urgenti, comunque rientranti nell'elenco di cui all'art. 4 del regolamento, previamente autorizzate dalla Direzione Aziendale.

Il procedimento di acquisto con cassa economale deve essere avviato con istanza scritta a firma del Direttore /Responsabile dell'U.O. richiedente e inviata alla Cassa Economale territorialmente competente.

Qualora la spesa non superi i 100 euro, l'acquisto verrà valutato dal Direttore dell'U.O. Provveditorato Economato e Gestione logistica e, qualora conforme al regolamento, verrà autorizzato.

Il nuovo Regolamento delle spese economali si è reso necessario per una riorganizzazione del servizio, avente lo scopo prioritario di ridurre il numero degli economi ed accentrare la rendicontazione delle spese in capo all'economista del C.E.P..

La ratio dell'innovazione va ravvisata nella circostanza che la riduzione dei centri di acquisto consente un maggior controllo sulle spese e, conseguentemente, un minor rischio di corruzione.

Si deve tuttavia precisare che il sistema organizzato con il Regolamento per far fronte alle spese economali non è stato ancora attuato.

Le carte prepagate da consegnare alle Casse Economali Territoriali per far fronte alle spese relative non sono state attivate.

Gli economi che operano nelle sedi distaccate di Serra San Bruno e Tropea non hanno la disponibilità finanziaria necessaria ad effettuare le spese economali e, in caso di urgenze, sono talvolta costretti ad anticipare di tasca propria le somme necessarie agli acquisti, di cui poi devono chiedere la restituzione al responsabile delle Casse Economali Principali.

Ciò influisce negativamente sull'efficienza ed sull'efficacia dell'attività amministrativa e sanitaria e genera un sistema di acquisti poco lineare e non corretto, che potrebbe esporre gli economi delle C.E.T., che anticipano i soldi e ne attendono la restituzione, a potenziali situazioni di svantaggio, che potrebbero sfociare in potenziali rischi di corruzione.



Per l'U.O. Gestione Tecnico Patrimoniale vigono analoghe procedure, disciplinate dal "Regolamento per i lavori, le forniture e i servizi in economia di competenza dell'U.O. Progettazione e Gestione Attività Tecniche", approvato con delibera n. 38/CS del 24 gennaio 2012.

Per cercare, infine, di ridurre al minimo il rischio di corruzione, il R.P.C.T. ha invitato i Direttori o Responsabili dell'U.O. Provveditorato Economato e Gestione logistica e dell'U.O. Gestione Tecnico Patrimoniale ad utilizzare, per l'indizione di procedure di aggiudicazione di lavori, beni, servizi e forniture, i Bandi tipo, approvati dall'ANAC.

Al fine di contrastare le infiltrazioni della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, l'Azienda ha stipulato un Protocollo di Legalità con la Prefettura di Vibo Valentia, nella prospettiva di prevenire e controllare possibili fenomeni di condizionamento.

In quest'ottica, sono state individuate, quindi, tre misure di prevenzione, sulle quali concentrare la collaborazione e proporre dei possibili correttivi: a) monitoraggio preventivo degli atti di gara; b) monitoraggio delle imprese che intervengono nell'esecuzione dei lavori o nella fornitura di beni o servizi; e) monitoraggio delle possibili anomalie rilevate nel corso della realizzazione dell'opera o della fornitura.

L'Azienda si è impegnata ad osservare, in sede di redazione dei bandi, le prescrizioni contenute nell'Accordo e a trasmettere alla Prefettura gli atti di gara (bando, capitolato speciale, disciplinare, autocertificazione) relativi ai seguenti servizi esternalizzati: ristorazione, pulizia, lavanolo, smaltimento rifiuti, accalappiamento cani.

Si è impegnata altresì ad inserire una serie di clausole che dovranno essere osservate e appositamente sottoscritte dalle ditte partecipanti.

In attuazione a quanto disposto dall'art. 1, comma 17, della legge 190/2012, è stato predisposto il Patto di Integrità, che verrà adottato a breve termine.

Il Patto di Integrità è un accordo negoziale che integra il contratto originario tra l'Azienda e gli operatori economici e il cui scopo è quello di prevedere una serie di misure idonee a contrastare attività illecite e ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità della pubblica amministrazione e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici

Terminata la fase di mappatura dei procedimenti, è stata effettuata la valutazione del rischio, in particolare, sono stati ricercati i rischi insiti nelle procedure mappate e, conseguentemente, sono state individuate adeguate misure di prevenzione generali e specifiche.

### ***10.2.1. Rafforzamento degli obblighi di trasparenza nel settore degli acquisti.***

Una delle misure più importanti per contrastare il rischio di corruzione è il rafforzamento della trasparenza nel settore degli acquisti al fine di consentire alle figure preposte – ed ai cittadini in senso generale – la piena conoscenza dell'operato della pubblica amministrazione.

Pertanto, fermi restando gli obblighi di pubblicazione previsti dalla legislazione vigente, di seguito sono ribaditi, in quanto già oggetto di pubblicazione e osservati quali misure di trasparenza, un set di dati da pubblicare sul sito istituzionale delle stazioni appaltanti e un set di dati minimi da riportare nella delibera di autorizzazione a contrarre, nel contratto e in tutti gli ulteriori atti connessi all'appalto (atto di proroga, di rinnovo, di variante, ecc.), con un duplice livello di controllo del rispetto di tali misure da parte sia del RPCT sia del collegio dei revisori aziendali.



### Set di dati minimo all'interno degli atti relativi ad appalti:

- presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
- oggetto e natura dell'appalto (lavori/servizi/forniture/misto con esplicitazione della prevalenza; in caso di contratto di *global service* comprensivo di diversi servizi, indicazione analitica dei diversi servizi, evidenziando eventuali beni e/o servizi ad esclusivo utilizzo della Direzione generale aziendale);
- procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi (aperta/ristretta/competitiva con negoziazione/negoziata senza previa pubblicazione del bando/procedura sotto soglia);
- importo dell'appalto, con specificazione anche dei costi derivanti dal ciclo di vita dell'appalto (ad es. per materiali connessi all'utilizzo e/o per manutenzioni);
- termini temporali dell'appalto: durata dell'esigenza da soddisfare con l'appalto (permanente/*una tantum*), durata prevista dell'appalto e, se disponibili, decorrenza e termine dell'appalto;
- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP.

### Set di dati oggetto di pubblicazione:

Oltre ai dati di cui all'art. 29 del d.lgs. 50/2016, sono da pubblicare:

- presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
- indicazione/aggiudicazione/affidamento/proroga del contratto/rinnovo del contratto /risoluzione nonché motivazioni di eventuali proroghe, rinnovi, affidamenti in via diretta o in via d'urgenza;
- indicazione dell'operatore economico affidatario del medesimo appalto immediatamente precedente a quello oggetto della procedura di selezione;
- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP;
- resoconto economico e gestionale dell'appalto, incluso l'ammontare delle fatture liquidate all'appaltatore.

Al fine di elevare e rafforzare il livello di trasparenza nel settore degli acquisti, si devono adottare ulteriori misure che trovano specifica applicazione in relazione alle diverse fasi del processo di acquisto.

- **Nella fase di progettazione della gara** devono essere pubblicate le seguenti informazioni:
  - criteri per gestire le varie forme di consultazione preliminare di mercato con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo la rendicontazione sintetica degli incontri (anche di quelli eventualmente aperti al pubblico);
  - elenco dei soggetti abilitati a svolgere la funzione di responsabili del procedimento di gara, con relativi curricula (nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza);
  - criteri per le procedure finalizzate all'accertamento delle condizioni di cui all'art. 63, co. 2, lett. b) del d.lgs. 50/2016, ossia per i casi di esclusive dichiarate o di infungibilità tecnica;
  - criteri per la scelta degli operatori economici da invitare nelle procedure negoziate sotto



soglia (indagini di mercato o elenco fornitori).

- **Nella fase di istituzione delle commissioni di gara**, bisogna pubblicare le seguenti informazioni:
  - i nominativi e i curricula dei commissari selezionati, in conformità a quanto previsto all'art. 29 del d.lgs. 50/2016;
  - la modalità di scelta dei commissari, in caso di nomina da parte della stazione appaltante di componenti interni alla stessa;
  - modalità con cui procedere al sorteggio in caso di nomina di componenti esterni ai sensi dell'art. 77 del d.lgs n.50/2016;
  - calendario delle sedute di gara.Naturalmente, ci si riserva di scegliere i nominativi dei commissari di gara dall'apposito Albo nazionale, di cui all'art. 78 del Codice dei contratti pubblici, non appena il sistema diventerà operativo (15 aprile 2019);
- **Nella fase di aggiudicazione e stipula del contratto** è opportuno che sia effettuato il monitoraggio del tempo intercorrente tra l'aggiudicazione e la data di stipula del contratto
- **Nella fase di esecuzione del contratto** si pubblicano:
  - provvedimenti di adozione di varianti, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, con riferimento a quelle per il cui valore vi è altresì obbligo di comunicazione all'ANAC;
  - eventuali variazioni contrattuali rispetto alle indicazioni fornite dalle centrali di committenza con obbligo di segnalazione a queste ultime.

È opportuno che sia organizzato un adeguato sistema di controllo sugli appalti di importo inferiore alla soglia di 40.000 euro.

A tal fine si deve prevedere un flusso informativo tra il RUP, il RPCT e il collegio dei revisori aziendali, per consentire di verificare, nel caso in cui l'appaltatore individuato risulti già affidatario del precedente appalto, se la scelta sia sorretta da idonea motivazione.

Il RPCT può richiedere ai RUP dati e informazioni sulle scelte e le relative motivazioni nonché su eventuali scostamenti tra l'importo del contratto e l'importo corrisposto all'appaltatore.

Nel caso in cui sia rilevata la violazione dell'art. 35 del Codice dei contratti pubblici – in ordine al calcolo dell'importo dell'appalto, che deve comprendere i costi aggiuntivi connessi all'utilizzo o alla manutenzione dei beni – il RPCT provvede a segnalare il fatto agli organi di vertice e ad altri organi competenti.

Si ritiene, infine, necessario motivare la scelta di ricorrere alla proroga contrattuale, con esplicitazione dei vari livelli di responsabilità e relativa asseverazione da parte dei vertici aziendali.

Per i beni e servizi che non rientrano per categoria e per importo nell'ambito di applicazione del d.p.c.m. 24 dicembre 2015, attuativo dell'art. 9, co. 3, del d.l. 66/2014, è opportuno prevedere l'inserimento nel provvedimento autorizzativo della espressa indicazione che il bene o servizio acquistato «*non rientra tra le categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal d.p.c.m. di cui all'art. 9 co. 3 del d.l. 66/2014 e s.m.i. e relativi indirizzi applicativi*».



### **10.3. Acquisizione e gestione del personale.**

Terminata la mappatura dei processi nelle UU.OO. Provveditorato Económico e Gestione logistica, si è proceduto, sempre nel corso del 2021, a riesaminare l'Area acquisizione e progressione del personale, in cui i processi maggiormente esposti sono:

- Reclutamento;
- Progressioni di carriera;
- Conferimento di incarichi.

#### **10.3.1 Conferimento incarichi**

Il conferimento degli incarichi si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a “rischio generali”, di cui alla determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n. 12.

Trattasi di una prerogativa del Direttore Generale, che riveste particolare importanza, in quanto dalle scelte effettuate si misura la capacità e l'integrità manageriale nonché la capacità di valutazione del valore delle risorse umane e professionali e, conseguentemente, dell'organizzazione dei servizi.

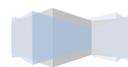
A prescindere dal ruolo, dalla qualifica e dal settore di riferimento, vale il principio per il quale l'Azienda deve dare evidenza dei processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico, al fine di garantire la tutela ed il perseguimento del pubblico interesse.

Al fine di uniformare i criteri di nomina, il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria ha emanato delle Linee Guida in materia di conferimento di incarichi dirigenziali, formulate tenendo conto di quanto disposto dai CCNL e di quanto previsto nel PNA 2016, che l'ASP di Vibo Valentia ha recepito.

Il settore più delicato è sicuramente il conferimento di incarichi nell'ambito della Dirigenza medica e sanitaria.

I CCNL della dirigenza del SSN prevedono le seguenti tipologie di incarichi:

- a) incarico di direzione di struttura complessa;
- b) incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- c) incarico di direzione di struttura semplice;
- d) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- e) incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.



### **1. Direttore di Dipartimento**

La natura di tale incarico è di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale, con implicazioni anche nel settore degli acquisti: è infatti il Direttore del dipartimento, sia esso ospedaliero o territoriale, responsabile della corretta e razionale programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.

Le Linee Guida regionali prevedono la possibilità di scegliere tra due procedure di conferimento dell'incarico.

Il Direttore Generale con provvedimento motivato può nominare il direttore di dipartimento fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento stesso.

Alternativamente, il Direttore Generale, sentito il Direttore Sanitario, con provvedimento motivato e su base fiduciaria, nomina il Direttore di Dipartimento, scelto da una terna di Direttori di strutture complesse aggregate al Dipartimento (con incarico non provvisorio), individuati dal Comitato di Dipartimento, sulla base del curriculum scientifico, tenuto conto dei requisiti d'esperienza professionale e manageriali.

Il procedimento di nomina deve essere preceduto da adeguata forma di pubblicità.

### **2. Direttore di Distretto o di presidio ospedaliero**

La procedura di conferimento di tale incarico, ai sensi dell'art. 3 *sexies* del d.lgs. 502/1992, presenta un maggior livello di competitività, essendo più ampia la platea dei potenziali aspiranti in ragione dell'esperienza maturata nei servizi territoriali e dell'adeguata formazione nella loro organizzazione. Per il conferimento di questo incarico è, pertanto, necessario che l'Azienda adotti misure atte a garantire l'imparzialità e la parità di trattamento.

Le linee guida regionali hanno disposto che Direttore del Distretto è nominato, a seguito di un avviso pubblicato sull'Albo Pretorio Aziendale, dal Direttore Generale, con provvedimento adeguatamente motivato e scelto all'interno di una terna di idonei selezionati da una commissione esaminatrice.

La Commissione nominata, dopo la scadenza dell'avviso, con provvedimento del Direttore Generale, deve essere costituita dal Direttore Sanitario dell'Azienda (componente di diritto) e da due Direttori di Distretto o di struttura complessa, in possesso di una specifica esperienza nei servizi territoriali e di un'adeguata formazione nella loro organizzazione, della stessa Azienda Sanitaria o di altre Aziende Sanitarie della Regione.

La Commissione esaminatrice accerta il possesso dei requisiti di ammissione da parte degli aspiranti e, prima del colloquio e della valutazione del curriculum, stabilirà, tenuto conto del "profit professionale" del Dirigente da incaricare delineato dall'avviso, i criteri di valutazione.

### **3. Incarichi di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale**

L'incarico di responsabile di struttura semplice a valenza dipartimentale è conferito dal Direttore



Generale, secondo le modalità previste dall'art. 15, comma 7 quater, del D.Lgs. n. 502/1992 come modificato dall'art. 4 del D.L. n. 158/2012, come sostituito dalla legge di conversione 8 novembre 2012. n. 189;

La proposta motivata di conferimento dell'incarico è formulata dal Direttore del Dipartimento in base ai criteri previsti nell'art. 28 del CCNL 8/6/2000.

#### **4. Incarichi di direzione di struttura semplice**

Le strutture semplici rappresentano, nell'assetto dell'azienda sanitaria, l'articolazione organizzativa di base di cui si compone la struttura complessa.

Gli indirizzi di programmazione e gli standard di riferimento recati dalla normativa nazionale e dai relativi regolamenti attuativi, pongono chiari limiti all'istituzione e/o mantenimento di unità operative complesse e, conseguentemente, anche le unità operative semplici devono riparametrarsi in relazione alle prime, sulla base di un rapporto predeterminato.

Poiché tali incarichi possono conferirsi, ai sensi dell'art. 15, comma 7-quater, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., a dirigenti che abbiano maturato un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico, la competitività è relativa sia al numero definito delle posizioni oggetto di conferimento dell'incarico, sia al potenziale numero di aspiranti che possiedono i previsti requisiti soggettivi.

L'incarico di responsabile di struttura semplice è conferito dal Direttore Generale, secondo le modalità previste dall'art. 28 CCNL 8/6/2000 - CCNL normativo 1998 - 2001.

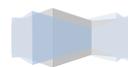
La proposta motivata di conferimento dell'incarico è formulata dal Direttore della Struttura Complessa di riferimento, in base ai criteri previsti nell'art. 28 dei CCNL 8/6/2000.

Il d.lgs. 97/2016 ha disposto che l'obbligo di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria dall'art. 41, comma 2 e 3, del d.lgs. n. 33/2013 – ovvero per direttori generali, direttori sanitari, direttori amministrativi, direttori di dipartimento e di strutture complesse – debba essere esteso anche ai responsabili di struttura semplice.

#### **5. Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, di verifica e di controllo.**

In virtù delle Linee Guida regionali, l'incarico di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo è conferito dal Direttore Generale, secondo le modalità previste dall'art. 28 CCNL 8/6/2000 - CCNL normativo 1998 - 2001

La proposta motivata di conferimento dell'incarico è formulata dal Direttore della Struttura Complessa di riferimento, in base ai criteri previsti nell'art. 28 del CCNL 8/6/2000.



## **6. Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria.**

L'istituto delle sostituzioni rappresenta un ambito particolarmente esposto al rischio di eventi corruttivi legati alla possibile messa in atto di condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione. Possibili rischi sono, ad esempio, il ritardo o il mancato avvio delle procedure concorsuali per la copertura del posto vacante con la sostituzione oppure, a sostituzione avvenuta, il prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi, procurando, in tal modo un vantaggio al sostituto, la cui retribuzione deve essere integrata ai sensi di quanto previsto dal CCNL.

I casi in cui si può fare ricorso alle sostituzioni sono puntualmente disciplinati dal CCNL, ma, per contrastare i connessi rischi, la misura di prevenzione prioritaria in questo ambito è quella di rendere quanto più possibile trasparenti le relative procedure, avuto riguardo delle seguenti indicazioni:

- a) pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno;
- b) esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla sostituzione.

## **7. Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 *septies* del d.lgs. 502/1992.**

Negli ultimi anni, molte Aziende Sanitarie, in particolare quelle appartenenti a regioni sottoposte al cd. piano di rientro, hanno fatto ricorso agli incarichi conferiti ex art. 15 *septies* del d.lgs. 502/1992.

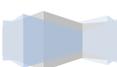
La perdurante applicazione della manovra del blocco totale o parziale del *turn over*, ha indotto il ricorso a tali procedure per il reclutamento delle professionalità necessarie e/o carenti, con l'effetto paradossale di eludere la manovra del blocco delle assunzioni e di conferire carattere di instabilità all'organizzazione, specie per taluni ruoli apicali.

Pur soddisfacendo l'interesse pubblico del pieno assolvimento dei livelli essenziali di assistenza, riconosciuto anche dalla magistratura contabile in sede di controllo, non è da escludersi la possibilità di un uso opportunistico e distorto di tale previsione normativa, anche in considerazione del prevalere della natura fiduciaria dell'incarico.

Al fine di evitare di incorrere in potenziali rischi di corruzione, è necessario adottare, pertanto, misure di prevenzione volte a massimizzare i livelli di trasparenza delle relative procedure, attraverso anche un processo selettivo che dia conto dei criteri e delle scelte operate.

Anche in questo caso, quindi, possono essere adottate le misure previste sia per gli altri incarichi dirigenziali che per le sostituzioni, ovvero:

- a) pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodici delle posizioni/funzioni non ricoperte;
- b) esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria, compresa la motivazione relativa al mancato espletamento dei



concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base della durata dell'incarico;

c) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta, in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione.

Al soggetto destinatario dell'incarico dovrà essere conferita esclusivamente la funzione per la quale è stata attivata la specifica procedura e l'incarico deve cessare, in ogni caso, al completamento delle procedure concorsuali per la copertura in via ordinaria della posizione dirigenziale di cui trattasi.

In questi ultimi mesi l'Azienda ha bandito diversi avvisi pubblici per il conferimento di incarichi di direzione di strutture complesse.

Gli avvisi sono stati pubblicati sul sito web aziendale nella Sezione Amministrazione Trasparente – sub sezione di primo livello Bandi di Concorso.

Sono stati altresì pubblicati, nella medesima sezione, i curriculum vitae dei partecipanti e i verbali delle Commissioni esaminatrici con l'indicazione dei criteri fissati per la valutazione dei titoli, dei curriculum e dei colloqui sostenuti dai candidati.

### ***10.3.2 Reclutamento del personale.***

Con delibera del Commissario Straordinario n. 461/CS del 16 aprile 2020, modificata e integrata con la delibera n. 603/CS del 27 maggio 2020, questa Azienda ha approvato ed adottato il Piano dei Fabbisogni di Personale e il Piano delle assunzioni per il triennio 2020/2022, di cui il Commissario ad Acta della Regione Calabria ha preso atto con il DCA n. 85 del 10 giugno 2020.

Nel rispetto del suddetto piano sono state avviate le procedure di assunzione del personale, rispettando la normativa vigente.

Si è proceduto, pertanto, a verificare l'esistenza in ambito aziendale di graduatorie ancora valide e, in caso contrario, sono state avviate le procedure di assunzione mediante mobilità.

Nei casi in cui gli avvisi di mobilità sono andati deserti, è stata richiesta ad altre Aziende Sanitarie e/o Ospedaliere l'autorizzazione ad utilizzare le loro graduatorie vigenti e, solo nei casi in cui il reclutamento attraverso l'uso di tali graduatorie non sia andato a buon fine, l'Azienda ha indetto concorsi pubblici, per titoli ed esami, per le assunzioni a tempo indeterminato.

La grave carenza di personale, amministrativo, ma soprattutto medico e sanitario, aggravato dal diffondersi della pandemia, ha costretto l'Azienda ad indire, nelle more di svolgimento dei concorsi, avvisi pubblici per il reclutamento a tempo determinato.

I bandi di concorso e gli avvisi pubblici, regolarmente adottati con delibere del Direttore Generale o Commissario Straordinario, sono stati oggetto di pubblicazione, oltre che sul BURC e la Gazzetta Ufficiale, là dove necessario, sul sito web dell'Azienda nella Sezione Amministrazione Trasparente, sub sezione di primo livello "Bandi di Concorso".

Sono stati altresì pubblicati, nel rispetto della normativa, tutti gli atti delle procedure concorsuali.

Sono state nominate, nel rispetto delle norme di legge, le Commissioni Esaminatrici e sono state



acquisite le dichiarazioni di assenza di cause di inconfiribilità e di incompatibilità per ciascun Commissario nominato.

### ***10.3.4. Attività svolta.***

Il RPCT ha costantemente monitorato le procedure concorsuali e di conferimento degli incarichi, riscontrando il rispetto delle misure proposte e adottate.

### ***10.4 Affari legali.***

Nell'area di rischio "Affari legali" è stata individuata come attività principale il "Contenzioso giudiziale e stragiudiziale" e come sottoprocessi :

- la rappresentanza legale dell'Azienda in giudizio;
- il conferimento di incarichi professionali di patrocinio legale;
- la definizione giudiziale delle cause;
- la definizione stragiudiziale delle controversie.

Tenuto conto di quanto statuito dagli artt. 17 e 4 del codice degli appalti, l'Autorità Nazionale Anticorruzione, nel Documento di Consultazione del 10 aprile 2017, contenente le Linee Guida per "L'affidamento dei servizi legali", asserisce che, per l'affidamento di tali servizi, devono essere osservati, in linea generale, i criteri di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità e pubblicità.

L'Azienda, a causa della carenza delle figure professionali di Avvocato, da sempre conferisce incarichi di rappresentanza legale ad avvocati esterni e da sempre lo fa nel rispetto di quanto proposto dall'ANAC nel su richiamato Documento di consultazione.

Ed infatti, con delibera n. 176 del 5 agosto 2002, l'Azienda ha adottato un regolamento, opportunamente pubblicato sul sito web nella Sezione Amministrazione Trasparente, con cui è stato disciplinato il conferimento degli incarichi di rappresentanza legale ad avvocati esterni.

In virtù di tale regolamentazione, è stato istituito un elenco aperto di professionisti, singoli o associati, iscritti all'Albo Professionale degli Avvocati, esercenti l'attività di assistenza e di patrocinio innanzi a tutte le Magistrature.

L'inserimento nell'elenco avviene su domanda dei professionisti che, presa conoscenza e accettate le condizioni dettate dal regolamento, manifestano, a seguito di avviso pubblico, il proprio interesse ad essere destinatari di un incarico di rappresentanza legale dell'Azienda.

L'elenco è soggetto a revisione annuale, mediante aggiornamento dello stesso entro il 31 gennaio di ogni anno, in piena sintonia con la direttiva ANAC secondo cui non devono esserci limiti temporali all'iscrizione o, qualora ciò non sia possibile, gli intervalli di tempo per la presentazione delle domande deve essere breve (un anno appunto).

Per l'iscrizione nell'elenco è richiesto il possesso sia di requisiti generali di partecipazione (in particolare, integrità morale e assenza di situazioni di conflitto di interessi) sia di requisiti di idoneità professionale (laurea in giurisprudenza, iscrizione all'Albo degli Avvocati, ed eventualmente, all'Albo speciale per il patrocinio dinanzi alle magistrature superiori) e di capacità tecnica, professionale ed economica (stipula di una polizza assicurativa e presentazione del curriculum vitae, da cui risultino gli incarichi assolti nelle materie attinenti alla sezione dell'Albo in cui si chiede l'iscrizione, nonché i relativi esiti).



L'Azienda, pertanto, valuta il possesso dei requisiti richiesti e dei titoli dichiarati già al momento dell'esame delle domande per l'inserimento del professionista nell'elenco, tanto è vero che costituiscono motivo di non iscrizione la mancanza del curriculum e la mancanza, l'incompletezza o l'irregolarità delle dichiarazioni rese dal partecipante.

Il conferimento dell'incarico avviene, in linea con le direttive dell'ANAC e compatibilmente con la natura e la difficoltà della controversia, applicando i seguenti criteri:

- Rotazione tra gli iscritti nell'elenco;
- Specializzazioni ed esperienze risultanti dal curriculum;
- Casi di evidente consequenzialità e complementarietà con altri incarichi aventi lo stesso oggetto.

In tal modo, in ottemperanza dei principi di imparzialità e di parità di trattamento, il conferimento avviene senza operare favoritismi e discriminazioni, garantendo a tutti gli iscritti l'opportunità di essere affidatari di un incarico di rappresentanza legale dell'Azienda.

Pienamente rispettato è anche il criterio di economicità: il regolamento, infatti, stabilisce che gli onorari e i diritti spettanti al professionista sono determinati nella misura tariffaria minima e sono riconosciute le spese documentate, oltre il 12,50% per le spese generali, ai sensi dell'art. 14 D.M. 8 aprile 2004.

Qualora le cause abbiano un valore superiore ad euro 5.164.600,00, le competenze verranno liquidate in applicazione del minimo tariffario previsto per lo scaglione inferiore.

Il regolamento e l'avviso pubblico sono soggetti a pubblicazione sul sito web dell'Azienda, ciò consente a tutti gli operatori interessati di prendere visione delle condizioni di partecipazione e di iscrizione nell'elenco nonché di affidamento degli incarichi, soddisfacendo i criteri di trasparenza e pubblicità.

L'Azienda, pertanto, ha sempre adottato procedure rispettose dei principi contenuti nell'art. 4 del decreto legislativo n. 50/2016 e, precedentemente, nell'art. 27 del decreto legislativo n. 163/2006.

### ***10.5 Le nuove aree di rischio mappate.***

Nel corso del 2021, come risulta anche dall'Allegato "A" al presente Piano, sono state mappate altre aree di rischio, rispettando le indicazioni dell'ANAC, relativamente alle aree a maggior rischio di corruzione in ambito Sanità.

In particolare, è stata mappata l'area di rischio "Gestione economica e finanziaria", individuando come processi le seguenti attività:

- Redazione del bilancio economico –patrimoniale
- Gestione delle uscite (liquidazione fatture e pagamento fornitori);
- Gestione delle entrate (recupero ticket e sanzioni non pagate, gestione contratti attivi, inventario beni mobili).

Si è proceduto con l' "Attività libero-professionale e le liste di attesa", individuando come attività principali:

- la gestione dell'attività libero-professionale, ossia l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività intramoenia;
- la gestione delle liste di attesa.



Un'altra fondamentale area di rischio mappata è quella relativa ai “Rapporti con le strutture accreditate o convenzionate” , in cui è stato individuato come processo l'attività riguardante gli “Accordi contrattuali” e come sottoprocessi:

- l'Attività prenegoziale;
- l'Attività negoziale

Infine è stata mappata l'Attività correlata ai decessi, che riguarda la gestione dei decessi in ambito ospedaliero.

Con riferimento alle suindicate aree, sono stati individuati i rischi relativi a ciascun sottoprocesso e individuate le misure di prevenzione specifiche.

Nel corso del 2022 si procederà al monitoraggio dei rischi individuati e alla verifica dell'efficacia delle misure adottate.

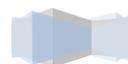
### ***11. Valutazione del rischio.***

Terminata la mappatura dei processi, si deve procedere alla valutazione del rischio, ossia alla valutazione della probabilità che il rischio si verifichi.

Fatta l'identificazione degli eventi rischiosi, si analizza il rischio e, quindi, seguendo le indicazioni fornite dal PNA 2019 e riportate nel paragrafo 7, si individuano i fattori che facilitano il verificarsi di eventi corruttivi e si stima il livello di esposizione,

A tal proposito si individuano tre livelli di rischio:

- **Processi a BASSO rischio di corruzione**, quando:
  - l'attività è a bassa discrezionalità per la presenza di:
    1. una specifica normativa;
    2. una regolamentazione aziendale;
    3. un elevato grado di pubblicità delle procedure;
  - il valore economico complessivo dell'attività è molto esiguo, ad esempio non superiore ad euro 1.000;
  - il potere decisionale sull'attività fa capo a più persone;
  - è frequente la rotazione dei funzionari responsabili dell'attività;
  - più dipendenti e/o strutture partecipano alla realizzazione della procedura;
  - i controlli e le verifiche vengono effettuate regolarmente (ad esempio ogni mese).
- **Processi a MEDIO rischio di corruzione**, quando:
  - l'attività è a media discrezionalità, per la presenza di:
    1. una scarsa regolamentazione legislativa;
    2. una ridotta regolamentazione aziendale;



3. un medio grado di pubblicità delle procedure;
  - il valore economico complessivo dell'attività è di media entità, ad esempio compreso tra i 1.000 e i 10.000 euro
  - il potere decisionale sull'attività fa capo a poche persone;
  - è bassa la rotazione dei funzionari responsabili dell'attività;
  - pochi dipendenti e/o strutture partecipano alla realizzazione della procedura;
  - i controlli e le verifiche vengono effettuate in misura ridotta (esempio ogni sei mesi).
- **Processi ad ALTO rischio di corruzione**, quando:
  - l'attività è ad alta discrezionalità, perchè:
    1. manca una regolamentazione legislativa;
    2. è inesistente la regolamentazione aziendale;
    3. è molto basso il grado di pubblicità delle procedure;
  - il valore economico complessivo dell'attività è cospicuo, ad esempio supera i 10.000 euro;
  - il potere decisionale sull'attività fa capo a singole persone;
  - è inesistente o molto rara la rotazione dei funzionari responsabili dell'attività;
  - un unico o pochissimi dipendenti e/o strutture partecipano alla realizzazione della procedura;
  - i controlli e le verifiche vengono effettuate raramente (esempio ogni anno);
  - la casistica annovera molti fatti corruttivi precedenti.

Oltre a tali elementi, si dovrà procedere, in ottemperanza a quanto dettato dall'ANAC nella determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 e dal PNA 2016, ad una individuazione e comprensione delle cause che determinano il verificarsi degli eventi corruttivi, come, ad esempio:

- la mancanza di controlli;
- la mancanza di trasparenza;
- la scarsa chiarezza della normativa di riferimento o dei regolamenti procedurali interni;
- la responsabilità di un processo a capo esclusivamente di uno o pochi soggetti;
- la scarsa responsabilizzazione interna;
- l'inadeguata competenza del personale addetto ai processi;
- la scarsa o inadeguata cultura della legalità:

Ai fini della comprensione delle cause e del livello di rischio si dovrà tener conto, anche, di elementi oggettivi, quali, ad esempio, i dati giudiziari:

- sentenze passate in giudicato, procedimenti in corso e decreti di citazione in giudizio per reati contro la PA, per falso e truffa;
- procedimenti aperti per responsabilità amministrative/contabili;
- ricorsi amministrativi in materia di affidamento dei contratti pubblici;
- segnalazioni di illeciti pervenute.



Nel rispetto delle indicazioni fornite dall'ANAC e sopra meglio individuate, il RPCT, tenuto anche conto delle valutazioni effettuate dai responsabili dei singoli processi, ha elaborato una "Tabella di valutazione dei rischi" per il triennio 2022/2024, allegato "B" al presente Piano.

La tabella è stata costruita indicando le "Aree di rischio" principali e i relativi processi e sottoprocessi mappati.

Sono stati, quindi, individuati gli indicatori di rischio, in grado di fornire indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti.

Attenendosi ai suggerimenti forniti dall'ANAC nel PNA 2019, gli indicatori di stima del livello di rischio utilizzati sono quelli di seguito elencati:

1. Grado di discrezionalità;
2. Livello di interesse esterno;
3. Complessità del processo;
4. Valore economico dell'esito del processo;
5. Frazionabilità del processo;
6. Presenza di controlli
7. Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nell'elaborazione, aggiornamento e monitoraggio del PTPCT;
8. Grado di attuazione delle misure di trattamento.

Sono stati anche individuati i "Dati oggettivi per la stima del rischio" ossia, dati concreti di cui l'Azienda potrebbe essere in possesso e che, in tal caso, sarebbero di supporto nell'analisi del rischio in quanto utili per stimare la possibilità e la frequenza con cui un evento corruttivo potrebbe verificarsi in futuro.

I dati oggettivi individuati sono:

- a. Presenza di precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico di dipendenti dell'Azienda;
- b. Segnalazioni pervenute;
- c. Ulteriori dati in possesso dell'Azienda.

Per ciascun indicatore di rischio è stata effettuata una valutazione di tipo qualitativo, utilizzando, come criterio di misurazione, il giudizio di Alto, Medio e Basso.

Si è pervenuti, quindi, ad un giudizio sintetico di valutazione del rischio, che indica il livello di esposizione del singolo processo all'eventualità del verificarsi dell'evento corruttivo.

Ogni giudizio è stato motivato, in quanto è il risultato di una valutazione qualitativa e non quantitativa, ossia non consegue ad una media matematica tra punteggi numerici.



## ***12. Misure generali e specifiche per la prevenzione della corruzione.***

Il RPCT e i suoi referenti hanno utilizzato la mappatura dei processi e la valutazione del rischio per individuare le misure di prevenzione più adeguate per trattare il rischio ed evitare il fenomeno corruttivo nell'ambito di una determinata attività e di un determinato processo.

Le misure di prevenzione specifiche sono state indicate nella tabella denominata "Registro dei rischi e misure di prevenzione", che costituisce l'Allegato "A" al presente Piano.

Per ciascun rischio e misura preventiva è stato indicato il responsabile, individuato nel Direttore, anche facente funzioni, dell'U.O. a cui il processo afferisce.

Le misure generali e specifiche di prevenzione della corruzione dovranno essere attuate nel corso dell'anno 2022 e, ogni quattro mesi, si procederà ad una verifica della loro attuazione ed efficacia, al fine di valutare la loro adeguatezza ed apportare eventuali correttivi nel prossimo PTPCT.

Appare ridondante riportare in questa sede tutte le misure specifiche di prevenzione del rischio, in quanto già elencate nell'Allegato "A" al presente Piano.

Si ritiene più utile riportare, di seguito, le misure di prevenzione generali, che intervenendo in modo trasversale su tutti i processi amministrativi dell'Azienda, incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

E' d'obbligo precisare che, in relazione ai risultati che si otterranno a seguito dell'analisi e della ponderazione del rischio, si procederà, in sede di revisione del PTPC, a verificare l'efficacia delle misure generali e ad implementarle, eventualmente, con quelle specifiche.

### ***12.1. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.***

Il c.d. "principio di rotazione" rappresenta una delle più importanti misure di prevenzione della corruzione.

La ratio di tale principio si basa sul presupposto che l'attuazione dell'alternanza tra i soggetti incaricati ad assumere delle decisioni e/o a gestire delle procedure impedisce che si creino delle relazioni interpersonali tra il dipendente incaricato e l'utente, tali da creare in quest'ultimo l'aspettativa o la pretesa di una posizione di privilegio che potrebbe indurre il professionista a porre in essere comportamenti illegali improntati alla collusione.

Per evitare tali situazioni, il R.P.C.T, previa mappatura delle unità operative a più elevato rischio di corruzione, deve individuare, le modalità e i criteri di attuazione della rotazione, soddisfacendo da un lato le esigenze imposte dalla legge, in particolare quelle relative alla sede di servizio, e dall'altro l'interesse al buon andamento della pubblica amministrazione.

I criteri di rotazione devono essere previsti nel PTPCT e nei successivi atti attuativi, previa comunicazione alle OO.SS..



L'attuazione della misura dovrà avvenire compatibilmente con le risorse umane disponibili, tenendo conto delle specificità professionali richieste dalle funzioni che si andranno a svolgere, in modo tale da non compromettere la continuità della gestione amministrativa.

A tal proposito risulta utile ricordare la delibera dell'ANAC n. 13 del 4 febbraio 2015, in cui si sancisce, in modo esplicito che: *“la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico”*.

La rotazione, pertanto, non è attuabile nelle cosiddette attività infungibili, ossia quelle attività che richiedono competenze ad elevato contenuto tecnico o l'appartenenza a categorie o professionalità specifiche.

Nelle categorie professionali omogenee non può essere invocata l'infungibilità, ma, in ogni caso, ai fini della rotazione, devono essere valutate le attitudini e le capacità professionali del singolo.

La rotazione non può comportare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie, al solo fine di assicurare la continuità amministrativa.

Al fine di sopperire all'eventuale carenza di competenze professionali da parte del personale, è fondamentale garantire **corsi di formazione e adeguati periodi di affiancamento**, in modo tale che il responsabile di una determinata attività possa istruire l'operatore che dovrà sostituirlo.

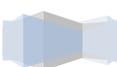
A tale scopo è altresì auspicabile **la circolarità delle informazioni** attraverso una maggiore trasparenza interna, che favorisca una maggiore condivisione delle conoscenze professionali per l'esercizio di determinate attività e, conseguentemente, una maggiore facilità ad impiegare personale diverso.

La rotazione del personale non sempre è possibile.

In questi casi nel PTPCT devono essere indicate le motivazioni di tale impossibilità e possono essere adottate misure alternative che, specie nei settori più esposti a rischio, impediscano che il dipendente abbia il controllo esclusivo di un processo.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, tali misure possono essere:

- Il rafforzamento delle misure di trasparenza nel settore in cui la rotazione non è stata effettuata;
- Una maggiore partecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;
- La condivisione, tra più funzionari, delle fasi istruttorie del procedimento, in modo che più soggetti condividano le valutazioni relative agli elementi determinanti per la decisione finale dell'istruttoria;
- L'attribuzione delle varie fasi procedurali a persone diverse, al fine di evitare che, l'assegnazione di più mansioni e responsabilità ad un unico soggetto, esponga l'Azienda al rischio di errori e comportamenti scorretti;
- La “rotazione funzionale” all'interno della stessa unità operativa, procedendo periodicamente alla modifica delle competenze e delle responsabilità affidate al personale e/o procedendo all'assegnazione delle pratiche secondo un criterio di casualità.



### ***12.1.2 Programmazione della rotazione***

La rotazione deve essere programmata nel PTPCT al fine di evitare che venga utilizzata in maniera non funzionale alle esigenze di prevenzione della corruzione.

Per tale ragione, devono essere determinati:

- ✓ **I criteri di rotazione**, indicando gli uffici interessati da tale misura, la periodicità, che è opportuno sia pluriennale, e la tipologia di rotazione, se “territoriale” e/o “funzionale”;
- ✓ **Gli atti organizzativi che disciplinano la rotazione**, qualora si ritenga necessario fare riferimento a regolamenti specifici in materia. Si pensi, in proposito, alla rotazione dei dirigenti, per la cui disciplina si può rinviare alla “direttiva incarichi”;
- ✓ **La gradualità della rotazione** nel senso di non procedere simultaneamente alla rotazione di tutte le figure in tutte le unità operative, rischiando in tal modo di depauperare gli uffici delle professionalità presenti e di rallentare l’attività ordinaria. Si deve procedere, pertanto, gradualmente, partendo dalle unità operative esposte al maggior rischio di corruzione e dal personale con compiti e funzioni a diretto contatto con il pubblico. All’interno della medesima unità operativa, inoltre, è auspicabile non ruotare contestualmente il dirigente e il personale non dirigenziale;
- ✓ **Monitoraggio e verifica** sull’attuazione della misura della rotazione da parte del RPCT. A tal fine è necessario che il personale dirigenziale ai diversi livelli metta a disposizione del RPCT tutti i dati e tutte le informazioni necessarie a verificare come la rotazione viene applicata e quali difficoltà vengono eventualmente riscontrate.

### ***12.1.3 Personale interessato dalla rotazione***

La misura preventiva della rotazione riguarda sia i dirigenti sia il personale non dirigenziale.

**La rotazione dei dirigenti** è opportuno che venga disciplinata nell’Atto Aziendale, approvato dall’organo di indirizzo, unitamente ai criteri di conferimento degli incarichi.

In tal modo si garantisce la trasparenza del provvedimento e, conseguentemente, l’indipendenza dei dirigenti.

Nelle unità operative a maggior rischio di corruzione, l’incarico dirigenziale dovrebbe essere conferito per il periodo minimo previsto dalla normativa vigente e alla scadenza, a prescindere dalle valutazioni riportate, dovrebbe essere conferito ad altro dirigente.

La rotazione dirigenziale ha una natura fisiologica e non va intesa come un provvedimento sanzionatorio e/o punitivo.

**La rotazione del personale non dirigenziale** può essere effettuata nell’ambito dello stesso ufficio o tra uffici diversi della stessa Azienda.

**La rotazione funzionale** nell’ambito della stessa unità operativa può consistere nella sostituzione periodica del responsabile del procedimento o dell’istruttoria.



Gli uffici a diretto contatto con il pubblico, che hanno anche un'attività di back office, possono attuare la rotazione facendo alternare il personale che opera agli sportelli con quello che svolge l'attività all'interno dell'ufficio.

Le strutture che hanno articolazioni territoriali possono attuare anche la “**rotazione territoriale**”, nel rispetto delle garanzie accordate dalla legge. Tale misura può essere adottata qualora sia più funzionale alla prevenzione della corruzione e non metta a rischio il buon andamento dell'attività amministrativa.

La rotazione riguarda anche gli incarichi di posizione organizzativa.

#### **12.1.4 La rotazione nella nostra Azienda.**

Nell'ASP di Vibo Valentia l'applicazione della misura di prevenzione della rotazione ordinaria non è possibile in quanto sia in ambito amministrativo sia in ambito sanitario mancano le figure dirigenziali e il personale non dirigenziale tra cui effettuare la rotazione.

A causa della carenza delle figure in oggetto, molte strutture complesse, soprattutto amministrative, sono prive di un direttore.

Per tale ragione, con delibera del Direttore Generale n. 76/DG del 31 gennaio 2017, le strutture complesse di Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Affari Generali e Assicurativi, Provveditorato, Economato e Gestione Logistica e Gestione Tecnico-Patrimoniale sono state riclassificate in incarichi dirigenziali semplici da affidare a dirigenti con un'anzianità di servizio inferiore a cinque anni.

In attesa di concludere le procedure concorsuali per l'assunzione a tempo indeterminato di tre dirigenti amministrativi, l'Azienda, in questi ultimi mesi, al fine di sopperire alla carenza di figure dirigenziali,

- a. ha conferito, previa indizione di un avviso pubblico, l'incarico a tempo determinato ex art. 15 septies di Direttore dell'U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica e, ad interim, di Direttore dell'U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione;
- b. ha assunto a tempo determinato, sfruttando una graduatoria del 20\_\_ , quattro figure dirigenziali, assegnate una all'U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica, due all'U.O. Risorse Umane ed una come supporto alla Direzione Generale.

Con queste assunzioni, a tempo determinato, sono stati coperti posti vacanti, appare, pertanto, impossibile ipotizzare e programmare al momento una rotazione ordinaria in ambito amministrativo.

Nel settore della sanità, inoltre, come anche evidenziato da ANAC, l'applicabilità del principio della rotazione presenta criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali e non solo.

In particolare, il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli specialistici e competenze consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicazione.



Il percorso di conferimento di incarichi dirigenziali di struttura complessa nell'area clinica, infatti, è caratterizzato dalla specificità del profilo, che ne può determinare l'infungibilità. Anche alcuni incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.) e spesso le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero limitato all'interno di un'azienda.

### ***12.2 La rotazione straordinaria***

L'art. 16, comma 1, lett. l-quater, D. Lgs. n.165/2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali *“provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nell'ufficio cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”*. Tale norma ha istituito la **“rotazione straordinaria”**, consistente nell'obbligo della pubblica amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva ad altro servizio. Si tratta di **una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare**, volta a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

La rotazione straordinaria è prevista dalla legge, ma nel PTPCT l'Azienda deve prevedere adeguate indicazioni operative e procedurali per consentirne la migliore applicazione.

In proposito l'ANAC, con la delibera n. 251 del 26 marzo 2019, ha adottato le *“Linee guida in materia di applicazione della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001”* che rappresentano un valido ausilio per la regolamentazione di tale misura.

Da un punto di vista soggettivo, la rotazione straordinaria può, a giudizio dell'ANAC, essere applicata a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione: dipendenti e dirigenti, interni ed esterni, in servizio a tempo indeterminato o con contratti a tempo determinato.

Relativamente alla tipologia di reati a cui si può applicare l'istituto in esame, l'art. 16 comma 1, lett. l-quater, d.lgs. n. 165/2001 non specifica nulla, parlando genericamente di *“condotte di tipo corruttivo”*. E' stato di ausilio l'art. 7 della legge n. 69/2015, che, utilizzando la tecnica dell'elencazione, ha identificato i reati, connessi a *“fatti di corruzione”*, nei delitti di cui agli articoli 317, 318, 319, 319 bis, 319 ter, 319 quater, 320, 321, 322, 322 bis, 346 bis, 353 e 353bis del codice penale.

Tale elencazione può essere utilizzata anche ai fini dell'individuazione delle *“condotte di natura corruttiva”*, che comportano l'applicazione della misura preventiva della rotazione straordinaria.

Pertanto, per tutti i reati previsti dai richiamati articoli del codice penale, è obbligatorio che l'amministrazione valuti con provvedimento motivato la condotta tenuta dal dipendente e, se ritenuta *“di natura corruttiva”*, applichi la rotazione straordinaria, sia che il comportamento sia tenuto nell'unità operativa di appartenenza sia che venga tenuto in altri uffici della stessa o di altra amministrazione.

La caratteristica fondamentale della rotazione straordinaria è **la sua immediatezza**. L'amministrazione, non appena viene a conoscenza che nei confronti di un suo dipendente è stato avviato un procedimento penale che pregiudichi l'immagine di imparzialità dell'amministrazione stessa, deve valutare tale comportamento con un provvedimento motivato.



Ma il concetto di “procedimento”, che comprende anche le indagini preliminari, è molto più ampio di quello di “processo”, che ha inizio con l’azione penale.

Poiché un procedimento penale ha inizio con l’iscrizione del soggetto nel registro delle notizie di reato di cui all’art. 355 c.p.p., si ritiene che l’espressione “*avvio del procedimento penale*” di cui all’art. 16, comma 1, lett. l-quater del d.lgs. 165/2001, si riferisca proprio al momento in cui avviene la suddetta iscrizione.

In conclusione, qualora un dipendente venga iscritto nel registro delle notizie di reato o venga avviato a suo carico un procedimento disciplinare per condotte di natura corruttiva, l’amministrazione, non appena ne abbia conoscenza, valuta la condotta del dipendente con un provvedimento motivato e, nei casi di obbligatorietà, dispone il trasferimento ad altro ufficio.

Pur non trattandosi di un procedimento sanzionatorio è necessario ed opportuno garantire al dipendente il contraddittorio, senza tuttavia pregiudicare l’immediatezza del provvedimento.

Il provvedimento di rotazione straordinaria deve coprire il periodo che va dall’inizio del procedimento al rinvio in giudizio e deve avere, quindi, una durata inferiore ai cinque anni.

Dal momento che la normativa non dice nulla in proposito, l’Azienda deve fissare un termine di efficacia del provvedimento di rotazione, decorso il quale, se non interviene un rinvio in giudizio, il provvedimento perde efficacia e l’amministrazione deve rivalutare la situazione che si è determinata per adottare eventuali ulteriori provvedimenti.

La rotazione perde efficacia anche nel momento in cui interviene una sentenza di proscioglimento o di assoluzione, anche se non definitiva.

Qualora, invece, intervenga il rinvio in giudizio, si applica l’art. 3, comma 1, legge n. 97 del 2001, secondo cui il dipendente deve essere trasferito in un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti per inquadramento, mansioni e trattamento economico.

In caso di condanna non definitiva il dipendente è sospeso dal servizio, qualora, infine, venga condannato con sentenza irrevocabile, l’estinzione del rapporto di lavoro può essere pronunciata a seguito di procedimento disciplinare.

L’art 3, comma 2, legge n. 97/2001 considera l’ipotesi in cui il trasferimento d’ufficio non possa essere attuato “*per la qualifica rivestita o per obiettivi motivi organizzativi*”.

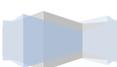
L’impossibilità deve essere obiettiva nel senso che non deve esserci un ufficio o una mansione di livello corrispondente alla qualifica del dipendente da trasferire.

In questo caso il dipendente è posto in aspettativa o in disponibilità con conservazione del trattamento economico in godimento.

Particolare attenzione va riservata alla rotazione straordinaria da applicare ai soggetti con incarico dirigenziale. In questi casi la rotazione comporta la revoca anticipata dell’incarico, con assegnazione di altro incarico o, in caso di impossibilità, con assegnazione di funzioni “*ispettive, di consulenza, studio e ricerca o altri incarichi specificatamente previsti dall’ordinamento*”.

Visto il carattere cautelare del provvedimento, l’Azienda potrebbe prevedere nel regolamento di organizzazione degli uffici la sospensione dell’incarico da attribuire ad interim ad altro dirigente.

Per gli incarichi dirigenziali di vertice, invece, la rotazione straordinaria comporta la revoca dell’incarico, non essendo possibile né l’attribuzione di altro incarico equivalente né una sua mera sospensione, vista la natura e la rilevanza dell’incarico stesso.



Cautele analoghe devono essere adottate in caso di contratto a tempo determinato che accompagna il conferimento di incarichi a soggetti esterni alla pubblica amministrazione.

Anche in questo caso la rotazione straordinaria prevale sulla specificità dell'incarico conferito, che viene revocato, pur rimanendo fermo il contratto di lavoro sottostante.

Il soggetto, quindi, può essere assegnato a diverso ufficio o diversa funzione con conservazione del contratto di lavoro e della retribuzione in esso stabilita.

### ***12.3.1. Astensione in caso di conflitto di interessi.***

Il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad emettere il provvedimento finale e i titolari degli uffici competenti ad emettere gli atti endoprocedimentali, ad esprimere pareri e valutazioni tecniche, in virtù dell'art. 6 bis della legge n. 241/1990, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge n. 190/2012, devono astenersi dal compimento degli atti suddetti, qualora si trovino in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, e devono darne immediata comunicazione al dirigente titolare dell'unità operativa a cui afferiscono.

Si ha una situazione di **conflitto di interessi, reale o potenziale**, quando il dipendente che deve emettere il provvedimento finale o endoprocedimentale o esprimere un parere o una valutazione tecnica è portatore di un interesse che è o potrebbe essere in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione di cui è titolare o con l'interesse di cui è titolare il destinatario del provvedimento medesimo.

E' configurabile anche un **conflitto di interessi strutturale**, che ricorre quando l'imparzialità nell'espletamento dell'attività amministrativa potrebbe essere pregiudicata in modo sistematico da interessi personali o professionali derivanti dall'assunzione di un incarico, anche se compatibile ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013.

La situazione di conflitto deve essere denunciata dal dipendente al dirigente responsabile dell'unità operativa o del servizio, il quale, preso atto di tutte le circostanze, deve valutare se il dipendente è effettivamente portatore di un interesse che potrebbe pregiudicare l'imparzialità della Pubblica Amministrazione.

In caso affermativo, deve sollevare il dipendente dall'incarico con atto scritto e affidarlo ad altro dipendente o, in mancanza, avocare a sé il compito relativo a quel procedimento.

In caso contrario, con atto motivato, deve indicare le ragioni in virtù delle quali il dipendente può comunque espletare le sue funzioni.

Qualora il conflitto di interessi riguardi un dirigente, il responsabile per la prevenzione della corruzione deciderà le misure da adottare.

L'inosservanza della disposizione relativa all'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente, sanzionata con l'irrogazione di sanzioni pecuniarie.

Al fine di rilevare e controllare le situazioni di conflitto di interessi, potenziali o reali, l'Azienda deve:

- Predisporre appositi moduli per la dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;



- Acquisire le dichiarazioni al momento dell'assegnazione del dipendente all'ufficio o di conferimento di incarico e conservare le dichiarazioni medesime, che devono essere ricevute dal Direttore o Responsabile dell'unità operativa a cui il dipendente è assegnato;
- Monitorare la situazione attraverso l'aggiornamento delle dichiarazioni con una cadenza periodica da definire;
- Sensibilizzare il personale affinché comunichi tempestivamente le situazioni di conflitto.

L'insussistenza di cause di conflitto di interesse deve essere verificata anche nei casi di conferimento di incarichi a consulenti e/o collaboratori.

A tal proposito, si ricorda che l'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, con riferimento agli incarichi di consulenza e collaborazione, dispone che l'Azienda ha l'obbligo di pubblicare:

1. l'atto di conferimento dell'incarico e/o gli estremi relativi;
2. il curriculum vitae;
3. i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali;ù
4. i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione.

L'Azienda, in virtù della normativa vigente, ha altresì l'obbligo di verificare preventivamente la insussistenza di cause di conflitto di interessi.

A tal fine, deve, prima del conferimento dell'incarico,

- a. acquisire da parte dell'interessato la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità;
- b. verificare, per mezzo dell'organo conferente l'incarico o di altro ufficio preventivamente individuato, la veridicità della dichiarazione resa.

La verifica può essere effettuata, previa informativa all'interessato, acquisendo le necessarie informazioni dai soggetti pubblici o privati presso cui il potenziale incaricato ha svolto o svolge attività professionale.

Si può altresì ascoltare l'interessato per ottenere chiarimenti e/o informazioni sulle dichiarazioni rilasciate.

Qualora l'incarico di consulenza abbia una durata superiore ad un anno, è opportuno che la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità venga rilasciata annualmente.

Qualora, infine, la causa di incompatibilità dovesse insorgere nel corso dello svolgimento dell'incarico, il soggetto interessato ha il dovere di darne immediata comunicazione all'Azienda.

### ***12.3.2. Conflitto d'interesse nel codice dei contratti pubblici.***

L'art. 42 del D.Lgs. 18 aprile 2016 n. 50 (Codice dei Contratti Pubblici) richiede alle Stazioni Appaltanti la previsione di misure adeguate per contrastare frodi e corruzioni nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici.



Lo scopo della norma è quello di garantire l'indipendenza e l'imparzialità della pubblica amministrazione nell'espletamento dell'intera procedura di gara, al fine di evitare che la scelta del contraente sia determinata da fattori e considerazioni estranee all'appalto e sia accordata la preferenza ad un concorrente unicamente in ragione di particolari interessi soggettivi.

La norma fornisce, al secondo comma, la definizione di conflitto di interessi con riferimento specifico allo svolgimento della procedura di gara, disponendo che la fattispecie si realizza quando il personale della stazione appaltante, che intervenga alla procedura e abbia la possibilità di influenzarne il risultato, abbia direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o personale (legami di parentela, di affinità, convivenza o frequentazione abituale) tale da minare la sua imparzialità e indipendenza nell'ambito dello svolgimento della procedura di aggiudicazione e/o di esecuzione del contratto.

Il vantaggio economico può essere in danno della stazione appaltante oppure in favore dell'agente o di un terzo senza compromissione dell'interesse pubblico. In tal caso il danno prodotto è a carico dell'immagine imparziale dell'Azienda.

L'interesse economico, inoltre, deve derivare da un collegamento personale, diretto, qualificato e specifico dell'agente con le conseguenze e con i risultati finanziari degli atti posti in essere.

Qualora si verifichi una simile ipotesi, il dipendente ha l'obbligo di darne immediata comunicazione all'Azienda e di astenersi dalla partecipazione alla procedura, pena una responsabilità di tipo disciplinare oltre ad eventuali responsabilità amministrative e penali.

Da un punto di vista oggettivo, l'art. 42 si applica a tutte le procedure di aggiudicazione di appalti, sopra e sotto soglia, e alla fase di esecuzione del contratto.

Da un punto di vista soggettivo, si applica ai dipendenti della stazione appaltante, ossia ai lavoratori subordinati e a tutti coloro che in virtù di un valido titolo giuridico siano in grado di impegnare l'amministrazione nei confronti dei terzi.

Ai sensi dell'art. 77, comma 6, del codice dei contratti pubblici, l'art. 42 si applica anche ai commissari e ai segretari delle commissioni giudicatrici, fatte salve le cause di incompatibilità e di astensione specificatamente previste dal succitato art. 77.

Nel momento in cui il dipendente viene assegnato all'unità operativa deve rendere la dichiarazione di cui all'art. 6, comma 1, del DPR n. 62/2013, che ha ad oggetto la sussistenza di cause di conflitto di interessi, anche potenziali, già nella fase di individuazione dei fabbisogni dell'Azienda.

La dichiarazione deve essere aggiornata immediatamente nel caso in cui insorgano situazioni di conflitto prima inesistenti.

Qualora la situazione di conflitto di interessi riguardi una specifica procedura, il dipendente deve rendere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione, ai sensi del DPR n. 445/2000.

La dichiarazione deve essere resa prima dell'accettazione dell'incarico, in quanto l'assenza di cause di conflitto di interessi è requisito per la nomina.

Deve essere resa al RUP, mentre il RUP deve renderla al dirigente che lo ha nominato.

L'Azienda deve acquisire, protocollare e conservare le dichiarazioni e il controllo sulla loro veridicità viene effettuato di norma a campione e, comunque, ogni qualvolta insorga il sospetto sulla veridicità delle informazioni.



L'omissione della dichiarazione rappresenta per i dipendenti pubblici un comportamento contrario ai doveri d'ufficio, sanzionabile ai sensi dell'art. 16 del DPR 16 aprile 2013 n. 62.

La sussistenza di cause di conflitto di interessi impone al dipendente di astenersi dalla partecipazione alla procedura, in caso contrario va incontro alle responsabilità penali, amministrative e disciplinari, previste dall'art. 42, comma 3, del codice dei contratti pubblici.

Il Responsabile dell'unità operativa di appartenenza del soggetto interessato o, in caso di dirigente, il superiore gerarchico, in contraddittorio con il dipendente, deve valutare se la situazione di conflitto di interessi sia tale da ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Se l'accertamento ha esito positivo, il responsabile affida la procedura ad un altro funzionario o, in caso di impossibilità, la avoca a sé.

Nell'ipotesi in cui sia assolutamente e oggettivamente impossibile adottare i provvedimenti di cui sopra, si procede, come *extrema ratio*, all'esclusione dell'operatore economico o, qualora sia stata effettuata l'aggiudicazione, all'annullamento della stessa o alla risoluzione del contratto.

L'individuazione delle potenziali situazioni di rischio che possono far emergere conflitti di interessi non dichiarati o non comunicati devono essere individuati nel PTPCT all'interno della mappatura dei processi nell'area di rischio "contratti pubblici".

#### ***12.4 Attività ed incarichi extraistituzionali.***

L'ASP di Vibo Valentia, in ottemperanza a quanto disposto dalla legge n. 190/2012, con delibera del Direttore Generale n. 438/DG del 16 agosto 2018, ha approvato il "***Regolamento per gli incarichi extraistituzionali***", ex art 53 D.Lgs. n. 165/2001, al fine disciplinare e rendere chiaro il regime degli incarichi extraistituzionali svolti dal dipendente ed è a tale regolamento che si rinvia per le modalità di conferimento di tali incarichi.

Il Pubblico Impiego si basa sul principio costituzionale di esclusività della prestazione lavorativa a favore del datore pubblico, espressa dall'art. 98, comma 1, Cost., in virtù del quale "*i pubblici impiegati sono al servizio esclusivo della Nazione*".

La norma deve essere intesa nel senso che i dipendenti pubblici non devono essere portatori di interessi personali, alternativi o confliggenti, con quelli della pubblica amministrazione e ciò allo scopo di attuare e rispettare i principi di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione, di cui all'art 97, comma 1, Cost.

Centri di interesse alternativi all'ufficio pubblico rivestito, comportanti un'attività caratterizzata dall'intensità, continuità e professionalità, potrebbero turbare la regolarità del servizio o attenuare l'indipendenza del lavoratore e il prestigio della pubblica amministrazione.

In virtù di tali principi, i dipendenti dell'Azienda con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e a tempo determinato a tempo pieno non possono svolgere attività lavorative al di fuori del rapporto di servizio, fatto salvo quanto disposto dall'art. 53 del d.lgs n. 165/2001, ed esclusi i dipendenti che fruiscono del rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione non superiore al 50%, ai sensi e per l'effetto dell'art. 1, comma 56, della legge n. 662/1996 e successive modificazioni.



Lo svolgimento di incarichi extraistituzionali da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di incompatibilità e di conflitto di interesse, che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Il regime delle incompatibilità distingue tre categorie di attività:

1. attività assolutamente incompatibili con l'impiego alle dipendenze di una pubblica amministrazione;
2. attività relativamente incompatibili con l'impiego alle dipendenze di una pubblica amministrazione;
3. attività liberamente esercitabili in virtù dell'assenza di un compenso o di un'esplicita previsione in tal senso.

Ai sensi dell'art. 53, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001 – che richiama la disciplina delle incompatibilità dettata dagli articoli 60 e seguenti del D.P.R. n. 3/1957, così come precisata da consolidati orientamenti giurisprudenziali - sono assolutamente incompatibili:

- l'esercizio di attività commerciali, industriali, agricole e professionali, svolte in modo continuativo, intenso e professionale, intendendosi con questo termine un'attività prevalente rispetto alle altre e adeguatamente lucrativa.

Secondo un orientamento consolidato della giurisprudenza, rientrano nel concetto di "industria" e, quindi, nel divieto, anche le attività artigianali esercitate in modo continuativo e professionale.

- l'instaurazione di rapporti di lavoro subordinato, a tempo determinato o indeterminato, presso enti pubblici o soggetti privati;
- l'assunzione o la titolarità di cariche gestionali nell'ambito di società costituite a fini di lucro. L'incompatibilità consiste nell'assunzione di cariche che, in relazione al tipo di società, presuppongono la rappresentanza e/o l'amministrazione della società e che consentono di porre in essere tutti gli atti che rientrano nella gestione dell'oggetto sociale, oppure presuppongono l'esercizio di attività in nome e per conto della società.

Secondo la giurisprudenza prevalente, non sono soggette al regime di incompatibilità assoluta:

1. la partecipazione in società agricole a conduzione familiare, purché l'impegno risulti modesto, non abituale o continuato;
2. l'assunzione di cariche sociali in società cooperative, stante la prevalente finalità mutualistica, quale che sia la natura e l'attività della cooperativa.

In entrambe le eccezioni si ritiene comunque necessaria l'autorizzazione da parte dell'Azienda, che deve valutare, in ogni singolo caso, la quantità di impegno connesso all'incarico e, nel caso delle cooperative, la prevalenza dello scopo mutualistico su quello lucrativo.

L'art. 53, comma 2 e seguenti, del D.lgs. n. 165 del 2001, regola le ipotesi di incompatibilità relativa, ossia quelle attività non vietate, ma che per essere svolte necessitano di autorizzazione da parte dell'Azienda.



Le pubbliche amministrazioni, infatti, non possono conferire ai dipendenti incarichi, non compresi nei compiti e doveri di ufficio, che non siano espressamente previsti o disciplinati da legge o altre fonti normative, o che non siano stati espressamente autorizzati.

I dipendenti pubblici non possono svolgere incarichi retribuiti che non siano stati conferiti o previamente autorizzati dall'amministrazione di appartenenza e le pubbliche amministrazioni non possono conferire incarichi retribuiti a dipendenti di altre amministrazioni pubbliche senza la previa autorizzazione dell'amministrazione di appartenenza dei dipendenti stessi.

L'autorizzazione rappresenta una ragionevole e motivata deroga alla regola dell'incompatibilità, al fine di consentire al dipendente pubblico di svolgere incarichi retribuiti occasionali e che non configurino delle stabili attività commerciali, industriali, professionali in costanza di rapporto di lavoro.

La legge ha attribuito all'Azienda il compito di effettuare le necessarie verifiche sulle attività extralavorative allo scopo di valutare che non siano preponderanti e che non ricadano in una delle ipotesi di incompatibilità, di diritto e di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione.

L'Azienda, pertanto, per concedere l'autorizzazione allo svolgimento di un incarico extraistituzionale retribuito, deve verificare che ricorrano le condizioni oggettive appresso specificate:

- a) assenza di conflitti di interesse con l'amministrazione;
- b) occasionalità e/o saltuarietà della prestazione, valutabili tenendo conto della ripetitività e della durata della prestazione;
- c) materiale compatibilità dello specifico incarico con il rapporto di impiego.

Questi parametri di carattere oggettivo devono essere valutati tenendo conto di alcuni profili soggettivi, la cui concorrenza potrebbe indurre l'Azienda a soluzioni diverse in merito all'autorizzabilità di un incarico.

Tali parametri soggettivi possono essere:

- le specifiche mansioni o incarichi cui è adibito il singolo richiedente;
- il numero di incarichi già autorizzati al richiedente;
- la laboriosità (desunta dai carichi di lavoro evasi) del lavoratore;
- la professionalità specifica, desunta dalla notorietà scientifica, dottrinale o tecnica del lavoratore, che occasiona la richiesta individuale da parte di terzi del conferimento di un incarico che potrebbe arrecare positivi ritorni d'immagine all'ente di appartenenza.

L'art. 53, comma 6, D.Lgs. n. 165/2001, elenca, infine, le c.d. attività liberalizzate, sottratte a qualsiasi regime autorizzatorio e liberamente espletabili.

Si tratta di incarichi retribuiti ma per i quali il legislatore ha già effettuato a monte una valutazione di inesistenza di conflitti di interesse con le mansioni istituzionalmente svolte dal dipendente.

Rientrano in questa previsione normativa, non solo le attività espressione diretta delle libertà e diritti costituzionalmente garantiti, ma anche le attività appresso elencate:

- a) la collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- b) l'utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;



- c) la partecipazione a convegni e seminari;
- d) gli incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
- e) gli incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o di fuori ruolo;
- f) gli incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- f-bis) l'attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione.

Lo svolgimento di tali attività non richiede alcuna autorizzazione.

E' tuttavia necessario che il dipendente comunichi preventivamente all'Azienda l'incarico ricevuto, affinché la stessa ne prenda atto e ne valuti la compatibilità con l'ordinaria prestazione lavorativa.

La preventiva comunicazione serve altresì per valutare che l'incarico non leda all'immagine dell'Azienda e non sia in conflitto con i suoi fini istituzionali.

Il dipendente, pertanto, comunicherà l'incarico ricevuto almeno quindici giorni prima dell'inizio dell'attività, utilizzando un apposito modulo e fornendo tutte le informazioni richieste.

Sono sottoposti all'obbligo di comunicazione preventiva anche gli incarichi a titolo gratuito che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità che lo caratterizza all'interno dell'Azienda.

In tali casi, il dipendente è tenuto a far pervenire formalmente la comunicazione alla competente struttura istituzionale aziendale, suffragato dal parere del Direttore/Dirigente Responsabile della struttura organizzativa di appartenenza.

La struttura istituzionale aziendale competente, pur non essendo necessario il rilascio di formale autorizzazione, valuta tempestivamente - entro cinque giorni dalla data di arrivo della comunicazione, fatte salve motivate esigenze istruttorie - l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto d'interesse, anche potenziale e, se del caso, comunica il diniego allo svolgimento dell'incarico.

In caso di svolgimento di attività per le quali sussiste un'incompatibilità assoluta, il dirigente competente invierà al dipendente una diffida volta a far cessare immediatamente la situazione di incompatibilità.

Qualora la diffida non venga ottemperata nel termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento, il dipendente decade automaticamente dall'impiego.

La decadenza viene ratificata con delibera del Direttore Generale pro tempore, su proposta del Dirigente responsabile della struttura a cui il dipendente appartiene.

La decadenza non ha natura disciplinare, in quanto non è conseguenza di un inadempimento, ma *“scaturisce dalla perdita di quei requisiti di indipendenza e totale disponibilità, che, se fossero mancati ab origine, avrebbero precluso la stessa costituzione del rapporto di lavoro”*.

Da tale automatismo espulsivo deriva, secondo un costante orientamento della giurisprudenza di legittimità, la non necessità di un previo procedimento disciplinare in contraddittorio con l'interessato.

Tuttavia, poiché sul piano procedimentale la diffida assume il valore di comunicazione di avvio di procedimento, il lavoratore potrebbe ugualmente presentare all'Azienda memorie e/o osservazioni o chiedere di essere sentito, ai sensi dell'art. 10 della legge n. 241/1990.



Qualora, invece, il dipendente ottemperi alla diffida, cessando dalla situazione di incompatibilità, non scatta l'automatismo espulsivo, ma è attivabile il procedimento disciplinare per la temporanea inosservanza del divieto.

Qualora, invece, si svolga un'attività extraistituzionale retribuita senza aver conseguito la necessaria autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 53, comma 7 e comma 7-bis, del d.lgs. n. 165/2001, oltre ad una responsabilità disciplinare e alle conseguenti sanzioni, il compenso spettante per le prestazioni eventualmente svolte deve essere versato dall'erogante o, in difetto, dal percettore nel conto dell'entrata del bilancio di questa Azienda e destinato ad incrementare il fondo della produttività e il fondo per la retribuzione di risultato.

L'omesso versamento del compenso da parte del dipendente, indebito percettore, configura un'ipotesi di responsabilità erariale soggetta alla giurisdizione della Corte dei Conti, a cui l'Azienda deve inoltrare apposita segnalazione.

### ***12.5 Cause di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi.***

In virtù della delega contenuta nell'art. 1, commi 49 e 50, della legge n. 190 del 2012, il Governo ha emanato il decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39 contenente "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico".

L'inconfiribilità consiste nella preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal decreto legislativo n. 39/2013, a coloro che

- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale;
- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;
- siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

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

La disciplina in materia di inconfiribilità e incompatibilità ha lo scopo di evitare che lo svolgimento di determinate attività professionali possa creare la situazione favorevole ad ottenere incarichi dirigenziali o similari, comportare, in sostanza, il rischio di un accordo corruttivo per conseguire in modo illecito un vantaggio personale.

Intende evitare, inoltre, che il contemporaneo svolgimento di alcune attività possa ostacolare lo svolgimento imparziale dell'attività amministrativa, costituendo terreno fertile per illeciti scambi di favori.



Il legislatore, infine, ha fissato i criteri di onorabilità e moralità necessari per ricoprire incarichi dirigenziali. Con l'art. 3 del D.Lgs n. 39/2013 ha stabilito, infatti, che non possono essere conferiti incarichi a coloro che hanno sono stati condannati, anche con sentenza no definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione.

In tal caso, l'inconferibilità può essere perpetua o temporanea, in relazione alla possibile inflizione della pena accessoria dell'interdizione, perpetua o temporanea, dai pubblici uffici e alla tipologia di reato commesso.

Il conferimento dell'incarico in violazione della disciplina dettata dal D.Lgs n. 39/2013, comporta:

- nel caso di inconferibilità, la nullità dell'atto di conferimento dell'incarico e del relativo contratto;
- nel caso di incompatibilità, la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto relativo se, nel termine perentorio dei quindici giorni dalla contestazione, da parte del RPCT, dell'insorgere della causa di incompatibilità, l'interessato non ponga fine alla situazione medesima.

Al fine di evitare il conferimento di incarichi nulli o soggetti a decadenza, l'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013, dispone che l'interessato ha l'obbligo di dichiarare l'insussistenza di cause di inconferibilità e/o di incompatibilità.

Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico e deve essere acquisita dall'Azienda prima del conferimento dell'incarico medesimo.

L'organo conferente ha l'obbligo di accertare, in un congruo termine, la veridicità della dichiarazione resa e, a tal fine, è opportuno che richieda, unitamente alla dichiarazione, il curriculum vitae dell'interessato, da cui risultino, in modo analitico, gli incarichi e/o le attività professionali svolte nei due anni precedenti.

**Solo dopo aver accertato la veridicità delle dichiarazioni rese, deve essere conferito l'incarico.**

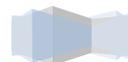
Qualora, in un momento successivo, si accerti l'inconferibilità dell'incarico, all'organo conferente, previa valutazione dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, si applica, in ottemperanza dell'art. 18, comma 1, D.Lgs n. 39/2013, la sanzione inibitoria del divieto di conferire incarichi per un periodo di tre mesi.

L'incaricato che abbia reso una dichiarazione mendace è soggetto, invece, alla sanzione di cui all'art. 20, comma 5, ossia il divieto di ricoprire incarichi per un periodo di cinque anni.

L'ANAC ha anche delineato l'ambito soggettivo di applicazione del D.Lgs. n. 39/2013 nel settore sanità.

Con la delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, prendendo atto della sentenza n. 5583/2014 del Consiglio di Stato, in cui si statuisce che non "sussiste incompatibilità tra la qualifica di dirigente medico di un di un'ASL e la carica di consigliere comunale", ha rivisto l'interpretazione formulata con la delibera n. 58/2013.

Ha decretato, infatti, che, tenuto conto della disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art.1, commi 49 e 50 della legge n. 190/2012 e degli art. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo n. 39/2013, le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Aziende Sanitarie, previste nel Capo III, Capo IV, Capo V e Capo VI del D.Lgs n. 39/2013, devono intendersi applicabili solo agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario.



## **12.6 Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici.**

L'art. 1, comma 46, della legge n. 190/2012, dopo l'art. 35 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, ha inserito l'art. 35-bis, il quale pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

La norma in particolare prevede che 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 non possono:

- a.** fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b.** 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.** 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.

Le suddette limitazioni hanno natura preventiva e mirano ad evitare che l'imparzialità e il buon andamento della pubblica amministrazione vengano pregiudicati da comportamenti penalmente rilevanti aventi ad oggetto reati contro la pubblica amministrazione.

La nomina in contrasto con l'art. 35 bis del d.lgs. 165/2001 determina l'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Qualora la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento dell'incarico o l'espletamento dell'attività di cui all'art. 35 bis, il RPCT, non appena ne venga a conoscenza, informa tempestivamente gli organi competenti affinché provvedano alla sostituzione o all'assegnazione ad altro ufficio.

L'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013 dispone il divieto di ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati qualora siano intervenute condanne per reati contro la pubblica amministrazione.

L'inconferibilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici e alla tipologia di reato, e opera anche nel caso di sentenza di condanna non definitiva.

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione della limitazione di cui sopra sono nulli, ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. n. 39/2013 e a coloro che hanno conferito l'incarico in violazione del divieto sono applicate le sanzioni di cui all'art. 18 del decreto.

Se la situazione di inconferibilità si dovesse verificare durante lo svolgimento dell'incarico, il RPCT deve effettuare la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso o assegnato ad altro ufficio.

Alla luce di quanto previsto dall'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 e dall'art. 3 del D.Lgs. 39/2013, le verifiche sull'insussistenza di precedenti penali a carico dei dipendenti e/o soggetti cui si intende conferire un incarico devono essere effettuate.



- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o delle commissioni di concorso, anche al fine di evitare l'illegittimità degli atti di nomina;
- all'atto di assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che hanno le caratteristiche di cui all'art. 35 bis D.Lgs. 165/2001;
- all'atto di conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 D.Lgs. n. 39/2013.

L'interessato deve rendere una dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, sull'insussistenza di cause di inconfiribilità.

Se all'esito della verifica si accerti che a carico del dichiarante risultano precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione l'Azienda:

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

### ***12.7 Divieto di pantouflage.***

L'art. 1, comma 42, lett. l), della legge n. 190/2012 ha introdotto nell'art. 53 D.Lgs. n. 165/2001, il comma 16 ter a norma del quale i dipendenti, che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della pubblica amministrazione, non devono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa e professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione.

Lo scopo della norma è duplice:

- evitare comportamenti impropri da parte del dipendente che, in virtù della sua posizione all'interno dell'amministrazione, potrebbe crearsi condizioni lavorative vantaggiose presso i soggetti privati con cui entra in contatto;
- ridurre il rischio che i soggetti privati possano esercitare pressioni sullo svolgimento dei compiti istituzionali, promettendo o prospettando al dipendente l'opportunità di assunzione al termine dell'attività lavorativa.

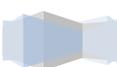
La disciplina del divieto di pantouflage si applica a tutti i dipendenti delle pubbliche amministrazioni, compresi i soggetti legati alla p.a. da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo.

Presupposto del divieto è l'esercizio effettivo e concreto di poteri autoritativi e negoziali, pertanto, rientrano, in prima istanza, in tale novero i dirigenti, i funzionari con incarichi dirigenziali e coloro che esercitano funzioni apicali.

Si ritiene, tuttavia, che anche il dipendente che ha il potere di incidere in modo determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale possa crearsi situazioni lavorative favorevoli.

Per tale ragione il divieto di pantouflage si applica non solo a chi sottoscrive l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

Per quanto riguarda l'attività lavorativa o professionale da svolgere presso soggetti privati, il divieto è da intendersi riferito a qualsiasi rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato o l'affidamento di incarico o consulenza.



In caso di violazione del divieto in oggetto, i contratti conclusi e gli incarichi conferiti all'ex dipendente sono nulli, il soggetto privato che ha commesso la violazione non può stipulare contratti con la pubblica amministrazione e l'ex dipendente deve restituire i compensi percepiti ed accertati per lo svolgimento dell'incarico.

Al fine di prevenire il rischio di violazione del divieto di pantouflage l'Azienda deve:

- inserire nei contratti di assunzione apposite clausole che prevedano in modo specifico il divieto di pantouflage;
- prevedere dichiarazioni che il dipendente deve sottoscrivere al momento della cessazione del rapporto di lavoro o dell'incarico, al fine di evitare eventuali contestazioni sulla conoscibilità della norma;
- inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, come requisito generale di partecipazione previsto a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che il soggetto privato partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici in violazione dell'art. 53, comma 16 ter, del d.lgs n. 165/2001.

### ***12.8 Segnalazione di illeciti.***

L'ANAC con Delibera n. 469 del 9 giugno 2021 ha adottato le *“Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis del D.Lgs. n. 165/2001 (c.d. whistleblowing)”*.

In attuazione di queste nuove Linee guida, il RPCT proporrà un regolamento per la disciplina del whistleblowing, nel rispetto sia della normativa dettata dalla legge 30 novembre 2017 n. 179, intitolata *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”* sia della Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, in fase di recepimento da parte del nostro ordinamento.

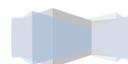
Il Regolamento dovrà disciplinare le modalità con cui le segnalazioni di condotte illecite devono essere effettuate nonché le procedure per la gestione e la trattazione delle segnalazioni medesime, garantendo il rispetto e la protezione dei dati personali inevitabilmente oggetto di trattamento.

E' fondamentale, inoltre, prevedere e disciplinare le misure per la tutela del segnalante, che non deve essere sottoposto ad azioni ritorsive da parte della pubblica amministrazione presso cui presta servizio.

Il Regolamento dovrà essere approvato in tempi molto brevi, dal momento che le precedenti linee guida, adottate con la Determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, devono intendersi superate e gli effetti cessati.

### ***12.9. Codice di Comportamento dei dipendenti.***

In esecuzione della delega conferitagli dall'art 54 del D.L.vo n. 165/2001, così come modificato dall'art. 1, comma 44, della legge n. 190/2012, il Governo ha emanato il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, approvato con D.P.R. n. 62 del 2013.



Tale codice è considerato una fondamentale misura di prevenzione della corruzione in quanto detta norme che regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti.

L'art. 1, comma 44, punto 5, della legge n. 190/2012, stabilisce che ciascuna pubblica amministrazione, nel rispetto del d.p.r. n. 62/2013, deve adottare un proprio codice di comportamento in cui devono essere individuate regole comportamentali più specifiche per il settore di attività della singola amministrazione.

Tale codice deve essere adottato con procedura aperta alla partecipazione degli stakeholder, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni dei consumatori e/o delle associazioni rappresentative di particolari interessi.

E' soggetto, inoltre, al parere obbligatorio dell'OIV.

Nel corso del 2015, il RPC, nominato il 24 novembre 2014, è stato impegnato nelle attività di elaborazione e di divulgazione del PTPC e del PTTI; la tempistica, pertanto, non è stata sufficiente per poter elaborare il Codice di Comportamento Aziendale, anche per la complessità della procedura richiesta.

Nella determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, l'ANAC ha stabilito che tutti i codici integrativi delle P.A. debbano essere revisionati, prevedendo l'emanazione di nuove Linee Guida.

Con determinazione n. 358 del 29 marzo 2017, l'ANAC ha adottato le "Linee guida per l'adozione dei Codici di Comportamento nel Sistema Sanitario Nazionale".

Nel Piano Nazionale Anticorruzione 2018, adottato con delibera n. 1074 del 21 novembre 2018, l'ANAC ha ribadito la scarsa originalità dei codici di comportamento aziendali, precisando che gli stessi devono tradurre in regole di comportamento, durature nel tempo, le misure oggettive ed organizzative adottate e previste nel PTPC per la riduzione del rischio corruttivo.

Per rilanciare il ruolo fondamentale di misura di prevenzione dei codici di comportamento, l'ANAC, con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020 ha emanato nuove linee guida di carattere sia generale che settoriale, con cui ha fornito indicazioni sui contenuti dei codici, sulle procedure per la loro formazione e sugli strumenti di controllo per garantire il rispetto dei doveri di comportamento.

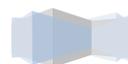
Nel corso del 2021, si procederà alla redazione e all'adozione del nuovo codice di comportamento dei dipendenti, attenendosi alle linee guida dettate dall'ANAC.

A tal proposito, è richiesta una "mappatura" dei doveri di comportamento che garantisca la piena attuazione dei Piani di Prevenzione della Corruzione e costituisca un idoneo strumento di contrasto della corruzione medesima.

Ad ogni modo, per predisporre un codice in grado di contrastare appieno il fenomeno corruttivo, sarà utile procedere ad un lavoro di equipe che coinvolga il RPCT, i componenti dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari e i dirigenti delle diverse strutture, affinché emergano tutti i comportamenti potenzialmente a rischio di corruzione e si individuino le misure più idonee a contrastarli.

### ***13. Cronoprogramma.***

Il presente piano, costituisce, per sua natura, un documento di carattere dinamico ed è, pertanto, soggetto ad aggiornamenti progressivi in conseguenza dell'entrata in vigore di nuove disposizioni di legge, a variazioni nell'organizzazione e nell'assetto aziendale e, soprattutto, in relazione agli esiti

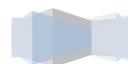


## *Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza*

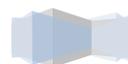
dell'attività di prevenzione e repressione della corruzione che verrà posta in essere dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

A tal proposito, il R.P.C.T. ritiene che tale attività si svilupperà, nel corso del triennio, nel modo di seguito schematizzato:

<b>Data</b>	<b>Attività/Obiettivi 2021</b>	<b>Responsabili</b>
Entro 30.04.2022	Presentazione del PTPCT 2022-2024 al Direttore Generale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (R.P.C.T)
Entro 30/04/2022	Adozione del PTPCT 2022-2024	Direttore Generale
Entro 2022	Presentazione e divulgazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Entro 2022	Adozione del Codice di Comportamento e della sua pubblicazione sul sito web aziendale	Direttore Generale
Entro 2022	Mappatura delle attività ad elevato rischio di corruzione non ancora mappate ed elaborazione delle misure di prevenzione obbligatorie e ulteriori.	RPCT in collaborazione con i dirigenti responsabili dei servizi competenti
Entro 2022	Adozione di protocolli operativi o regolamenti sugli affidamenti di beni, servizi e forniture , sulle segnalazioni di condotte illecite e tutela del segnalante, applicazione del codice di comportamento, accessibilità totale agli atti e trasparenza	RPCT in collaborazione con i Referenti Dirigenti responsabili dei servizi competenti
Entro 2022	Corsi di formazione per dirigenti e comparto; proposta formazione su attività a rischio nel programma formativo aziendale 2021.	RPCT in collaborazione con i Referenti Dirigenti responsabili dei servizi competenti



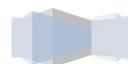
Entro 15.12.2022	Pubblicazione sul sito web aziendale di una relazione sull'esito dell'attività svolta.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione (R.P.C.)
<b>Data</b>	<b>Attività/Obiettivi 2023</b>	<b>Responsabili</b>
Entro 30. 1.2023	Proposta PTPC triennio 2023-2025	RPCT
Entro 31.1.2023	Adozione del PTPC 2023-2025	Direttore Generale
Entro 2023	Prosecuzione mappatura delle specifiche attività soggette ad elevato rischio di corruzione di cui alle previsioni del PTPCT	RPCT in collaborazione con i dirigenti responsabili dei servizi competenti
Entro 2023	Illustrazione e divulgazione dei contenuti del Piano, con i Responsabili delle U.O./Servizi Aziendali	Responsabile della Prevenzione della Corruzione
Entro 2023	Verifica dei regolamenti adottati in materia di affidamento di beni, servizi e forniture e segnalazione illeciti; adozione di regolamenti su sistemi di reclutamento, rotazione del personale, sul conferimento di incarichi; applicazione del codice di comportamento, accessibilità totale agli atti e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza in collaborazione con i Referenti Dirigenti responsabili dei servizi competenti
Entro 2023	Verifica elenco attività/processi/procedure a rischio con eventuale modifica e aggiornamento	RPCT in collaborazione con i Referenti Dirigenti responsabili dei servizi competenti
	Adeguamento misure prevenzione alle intervenute variazioni delle attività censite nell'anno precedente	RPCT in collaborazione con i Referenti Dirigenti responsabili dei servizi competenti



**Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza**

Entro 2023	Proposta formazione su attività a rischio nel programma formativo aziendale 2022	RPCT in collaborazione con i Referenti Dirigenti responsabili dei servizi competenti
<b>Data</b>	<b>Attività/ Obiettivi 2023</b>	<b>Responsabile</b>
Entro 30.1.2024	Proposta PTPCT triennio 2024-2026	Responsabile della Prevenzione della Corruzione (R.P.C.)
Entro 31.1.2024	Adozione PTPCT triennio 2024-2026	Direttore Generale
Entro 2024	Illustrazione e divulgazione dei contenuti del Piano	RPCT in collaborazione con i dirigenti responsabili dei servizi competenti
Entro 2024	Prosecuzione mappatura delle specifiche attività soggette ad elevato rischio di corruzione di cui alle previsioni del PTPC	RPCT in collaborazione con i Referenti Dirigenti responsabili dei servizi competenti
Entro 2024	Verifica dell'efficacia dei protocolli adottati. Adozione di regolamenti sui processi oggetto di mappatura; accessibilità totale agli atti e trasparenza	RPCT in collaborazione con i dirigenti responsabili dei servizi competenti
	Verifica elenco attività/processi/procedure a rischio con eventuale modifica e aggiornamento	
Entro 2024	Adeguamento misure prevenzione alle intervenute variazioni delle attività censite anno precedente	RPCT in collaborazione con i Referenti Dirigenti responsabile dei servizi competenti
Entro 2024	Proposta formazione su attività a rischio nel programma formativo aziendale 2023	RPCT in collaborazione con Referenti Dirigenti responsabile dei servizi competenti
Entro 15.12.2023	Pubblicazione sul sito web aziendale di una relazione sull'esito dell'attività svolta.	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza

**Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza  
Dott.ssa Maria Grazia Vavalà**



## ***SEZIONE TRASPARENZA***

### ***1. Premessa.***

In virtù dell'art. 1, comma 34, della legge n. 190/2012, il Governo ha approvato il decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, avente ad oggetto il “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, che prevede l’elaborazione da parte delle pubbliche amministrazioni del Piano Triennale per la Trasparenza e l’Integrità.

Il Decreto Legislativo n. 97/2016 ha apportato sostanziali modifiche al d.lgs n. 33/2013.

La modifica più importante riguarda l’integrazione del Piano Triennale per la Trasparenza e l’Integrità nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione. Ciò significa che il piano della trasparenza deve costituire una sezione del piano anticorruzione che, per tale ragione, diventa Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT).

Tale Piano deve essere adottato dall’Azienda improrogabilmente entro il 31 gennaio di ogni anno e pubblicato sul sito web aziendale tempestivamente e, comunque, non oltre trenta giorni dalla sua adozione.

La trasparenza è lo strumento attraverso il quale si garantisce un operato corretto della pubblica amministrazione e il perseguimento da parte della stessa di obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità.

La trasparenza consente di conoscere:

- il responsabile di ciascun procedimento amministrativo;
- i presupposti per l’avvio e lo svolgimento del procedimento, consentendo, in tal modo, la conoscenza di eventuali “blocchi anomali” del procedimento stesso;
- la situazione patrimoniale dei dirigenti e dei titolari di incarichi in generale, al fine di controllare eventuali arricchimenti anomali durante lo svolgimento del ruolo conferito.

Per tali motivi, la trasparenza è da considerarsi come una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione.

### ***2. Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza.***

L'ASP di Vibo Valentia, con l'adozione del presente Programma, intende realizzare un sistema che garantisca un'applicazione omogenea delle disposizioni e dei principi contenuti nella legislazione in materia di trasparenza.

L'Azienda, infatti, intende ispirare la propria attività e l'organizzazione del lavoro alla **garanzia della trasparenza**, il cui obiettivo prioritario è finalizzato a garantire il controllo sociale sul rispetto dei principi costituzionali di imparzialità e buon andamento dell’attività amministrativa.



In quest'ottica, l'ASP, in ottemperanza alle disposizioni contenute nel D.Lgs n. 33/2013, come modificato dal d.lgs n. 97/2016, deve pubblicare, sul proprio sito web, tutti gli atti e documenti relativi all'attività amministrativa dei singoli uffici e all'organizzazione aziendale.

La trasparenza, inoltre, è funzionale al controllo diffuso sulla performance, pertanto, l'Azienda deve rendere note le informazioni concernenti l'andamento gestionale, l'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali e i risultati conseguiti.

E', altresì, strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità in funzione di prevenzione della corruzione. Per tale ragione, nella selezione dei dati da pubblicare, l'ASP deve valutare la natura dei propri settori di attività e dei propri procedimenti al fine di rendere "di vetro" quelle aree a maggior rischio di corruzione o semplicemente di cattiva gestione.

Altro obiettivo strategico che l'ASP di Vibo Valentia deve garantire è l'"**usabilità**" dei dati pubblicati da parte degli interessati.

Affinchè si realizzino gli obiettivi della trasparenza, non è sufficiente la pubblicazione di atti e documenti.

L'Azienda, infatti, deve preoccuparsi, non solo della pubblicazione degli atti, ma anche della sua qualità, affinché cittadini e stakeholders possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto.

A tal fine, alla luce di quanto previsto dalla delibera ANAC n. 105/2010 e dalle "Linee guida per i siti web della Pubblica Amministrazione", affinché i dati pubblicati siano usabili devono avere le caratteristiche di seguito indicate:

- **Completezza e accuratezza:** i dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso in cui si tratti di documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni;
- **Comprensibilità:** il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente: non deve essere nè frammentario nè troppo tecnico, al fine di renderlo accessibile anche a coloro che sono privi di particolari conoscenze specialistiche;
- **Aggiornamento:** di ogni dato devono essere indicati la data di pubblicazione e di aggiornamento e il periodo di tempo a cui si riferisce;
- **Tempestività:** la pubblicazione e gli eventuali aggiornamenti devono avvenire in tempi tali da essere utilmente fruibili dall'utente;
- **Pubblicazione in formato aperto:** nel duplice senso che i file devono essere pubblicati in un formato rielaborabile e non soggetto a licenza.

Tuttavia, la pubblicazione *on line* delle informazioni deve rispettare alcuni limiti posti dalla legge.

Il primo limite è rappresentato dalla normativa sul trattamento dei dati personali.

L'art. 2-ter del D.Lgs 196/2003, introdotto dal D.Lgs. n. 101/2018, dispone che la base giuridica per il trattamento dei dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento UE 2016/679, "è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento".



Il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che “ *la diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1*”.

Il regime normativo per il trattamento dei dati personali da parte dei soggetti pubblici è rimasto sostanzialmente inalterato, essendo consentito solo se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento.

Ciò significa che l’Azienda, prima di pubblicare sul suo sito web dati e documenti contenenti dati personali, deve verificare che la disciplina in materia di trasparenza, contenuta nel d.lgs. 33/2013, preveda l’obbligo di pubblicazione.

Deve verificare, altresì, che la pubblicazione, anche se prevista da norma di legge, sia effettuata nel rispetto dei principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nell’art. 5 del Regolamento UE 2016/976 e, precisamente, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza.

Un valido supporto, in relazione alle cautele da adottare per il trattamento dei dati personali nello svolgimento dell’attività di pubblicazione sul sito istituzionale, finalizzata a garantire la trasparenza dell’attività amministrativa, è fornito dal Garante per la Protezione dei Dati Personali.

Il Regolamento UE 2016/976 ha introdotto la figura del Responsabile della Protezione Dati (RPD), che ogni amministrazione deve nominare e che ha il compito di informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali.

In tale ambito, quindi, il RPD rappresenta un punto di riferimento per il RPCT, pur avendo ciascuno il proprio ambito di competenze.

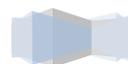
Nell’ASP di Vibo Valentia gli incarichi di RPCT e di RPD sono stati conferiti alla medesima persona, la Dott.ssa Maria Grazia Vavalà.

Sia l’ANAC che il Garante per la privacy, tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa attribuisce al RPCT e al RPD, concordano nel ritenere che la sovrapposizione dei due ruoli possa limitare l’effettivo svolgimento di tutte le attività riconducibili alle due diverse funzioni.

Tuttavia, la carenza di personale ha reso difficile, da un punto di vista organizzativo, tenere distinte le due figure.

Ma i timori dell’ANAC e del Garante per la privacy devono essere di stimolo ai vertici aziendali per garantire la creazione di un ufficio composto da personale qualificato che possa collaborare con la Dott.ssa Maria Grazia Vavalà nell’espletamento della duplice funzione di RPCT e RPD, al fine di permettere lo svolgimento corretto di tutti i compiti e l’assunzione di tutte le responsabilità, che la legge attribuisce alle due figure.

Pur esistendo una sostanziale differenza tra la disciplina della trasparenza e quella sull’accesso ai documenti amministrativi, tuttavia, alcuni limiti, posti all’accesso dall’articolo 24 della legge n. 241 del 1990, sono riferibili anche alla disciplina della trasparenza, in quanto finalizzati alla salvaguardia di interessi pubblici fondamentali e prioritari rispetto al diritto di conoscere i documenti amministrativi.



Tali limiti tassativi riguardano:

- i documenti coperti da segreto di stato e gli altri casi di segreto o di divieto di divulgazione espressamente previsti dalla legge;
- i procedimenti previsti dal decreto legge 15 gennaio 1991, n. 8 (convertito dalla legge 15 marzo 1991, n. 82), recanti norme in materia di sequestri di persona a scopo di estorsione e di protezione di coloro che collaborano con la giustizia;
- i procedimenti selettivi in relazione a documenti amministrativi contenenti informazioni di carattere psicoattitudinale relativi a terzi;
- i documenti esclusi dal diritto di accesso in forza di regolamenti governativi, adottati ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400 al fine di salvaguardare gli interessi menzionati dall'articolo 24 della legge n. 241 del 1990.

### ***3. Il Responsabile della Trasparenza e i suoi compiti.***

L'ASP di Vibo Valentia, con delibera del Direttore Generale n. 1239/DG del 24 novembre 2014, ha conferito l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e di Responsabile per la Trasparenza alla Dott.ssa Maria Grazia Vavalà.

Tale nomina, che riunisce in capo ad un'unica persona l'incarico di responsabile per la prevenzione della corruzione e responsabile per la trasparenza, è in linea con le modifiche apportate alla disciplina in oggetto dal d. lgs n. 97/2016, a norma del quale le funzioni suddette devono essere riunite in capo ad un solo soggetto.

Il Responsabile per la Trasparenza, ai sensi dell'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013, ha le seguenti funzioni:

1. Controlla l'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente;
2. Assicura la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni da pubblicare;
3. Aggiorna il PTPCT, all'interno del quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza ed ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza in rapporto con il Piano anticorruzione;
4. Controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal decreto n. 33/2013, come modificato dal d.lgs n. 97/2016;
5. Segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente all'Ufficio di Disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Per i casi più gravi, invia la segnalazione all'organo politico dell'amministrazione e/o all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ai fini



dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Il RPCT, dunque, assume su di sé compiti di pianificazione e controllo estremamente rilevanti ed onerosi ed è per tale ragione che l'amministrazione deve garantirgli un adeguato supporto mediante l'assegnazione di appropriate risorse umane, nei limiti consentiti dall'attuale dotazione organica.

L'appropriatezza va intesa non solo dal punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo, dovendo assicurare la presenza di elevate professionalità.

### ***3.1. I soggetti coinvolti nell'attuazione degli obblighi di pubblicazione.***

L'attuazione del PTPCT è riservata ai Dirigenti/Responsabili delle strutture competenti per materia, i quali hanno il compito di individuare, elaborare, validare, aggiornare, pubblicare i dati di loro competenza sul sito internet aziendale nelle apposite Sezioni all'interno dell'area denominata "Amministrazione Trasparente":

A tal proposito, l'art. 43, comma 3, del D.Lgs. n. 33/2013 dispone che *"I Dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge"*.

Pertanto, ogni Direttore è responsabile delle pubblicazioni previste dalla normativa per i procedimenti di competenza.

Preliminarmente alla pubblicazione, ciascun Direttore responsabile deve tenere in considerazione la normativa inerente la protezione dei dati personali, al fine di ottenere un giusto temperamento tra i due valori della trasparenza e della riservatezza.

I Dirigenti responsabili della raccolta, trasmissione e pubblicazione delle informazioni, ciascuno per l'area di specifica competenza, sono i titolari delle Unità Operative/Servizi e Uffici di seguito elencati e, precisamente:

- 1. Dott. Gianfranco IELO** – Responsabile dell' U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione e dell'U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica;
- 2. Dott. Antonio ZAPPONE** - Responsabile U.O. Gestione Economiche e Finanziarie;
- 3. Dott.ssa Annamaria RENDA** – Responsabile U.O. Programmazione e Controllo e ad interim responsabile del Servizio Informatico Aziendale;
- 4. Avv. Sabrina CAGLIOTI** – Responsabile Ufficio Legale;
- 5. Dott.ssa Eleonora PALERMO** – Titolare incarico di funzione U.O. Affari Generali;
- 6. Dott.ssa Michela SORIANO** – Responsabile U.O. Attività Tecniche;
- 7. Dott. Davide MATALONE**- Titolare incarico di funzione Relazioni sindacali;
- 8. Dott. Nicola NOCERA**- Titolare incarico di funzione CUP -ALPI
- 9. Dott. Raffele BAVA** – Responsabile Distretto Unico di Vibo Valentia;
- 10. Dott. Giuseppe RODOLICO** - Direttore Dipartimento di Prevenzione;
- 11. Dott.ssa Francesca AFFLITTO** – Responsabile Farmacia Ospedaliera;
- 12. Dott. Giuseppe BORELLO** – Responsabile Farmacia Territoriale

I Dirigenti responsabili delle strutture suelencate devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni e dei dati da pubblicare.



A tal fine, il RPCT inviterà ciascuno di loro ad organizzare, all'interno delle articolazioni di afferenza, tutte le attività necessarie alla produzione, elaborazione, valutazione delle informazioni e dei dati da pubblicare, garantendone l'inserimento e la pubblicazione nella corretta sezione del sito web aziendale entro i termini previsti dalla normativa vigente.

Affinchè l'inserimento dei dati avvenga secondo le modalità di cui all' art 68 del Codice dell'Amministrazione Digitale, sarà necessario avviare un'intensa collaborazione tra il Servizio Informatico, i Dirigenti Aziendali ed il RPCT, allo scopo di focalizzare i flussi informativi, concordare i percorsi organizzativi necessari, verificare le necessità di tipo tecnico e formativo, sviluppare sulla piattaforma web aziendale le interfacce necessarie, il tutto per rendere materialmente possibile il caricamento delle informazioni da parte dei responsabili e di rispettare i parametri tecnici indicati dalle norme.

Devono essere rispettati i criteri di qualità delle informazioni pubblicate, ai sensi dell'art. 6 del d.lgs n. 33/2013 ed elencati nel precedente paragrafo 2.

Inoltre, al fine di innalzare il livello di qualità e di semplicità di consultazione dei dati, documenti ed informazioni pubblicate nella sezione “Amministrazione Trasparente”, si ritiene necessario adottare le seguenti indicazioni:

1. Esporre in tabelle i dati oggetto di pubblicazione, in quanto l'esposizione sintetica dei dati e delle informazioni pubblicate aumenta il grado di comprensibilità e di semplicità di consultazione, rendendo le informazioni chiare e immediatamente fruibili agli utenti;
2. Indicare la data di aggiornamento del dato, distinguendola dalla data iniziale di pubblicazione.

E' d'obbligo richiamare l'attenzione sulla circostanza che la legge prevede importanti sanzioni in caso di violazione degli obblighi di trasparenza, il cui inadempimento può comportare responsabilità disciplinare, dirigenziale ed amministrativa a carico del Dirigente inadempiente, oltre che l'inefficacia del provvedimento.

L'attuazione del PTPCT richiede una costante attività di monitoraggio periodico interno che deve essere garantita dai Dirigenti Responsabili, per gli ambiti di rispettiva competenza..

Per tale motivo, il RPCT richiederà loro la redazione di una relazione attestante i risultati del monitoraggio.

Tali relazioni consentiranno al RPCT di redigere, a sua volta, una relazione sullo stato di attuazione del Programma, da trasmettere alla Direzione Generale ed all'Organismo di Valutazione.

### ***3.2 Tabella riassuntiva dei dati da pubblicare e dei soggetti responsabili della pubblicazione.***

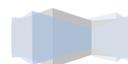
In ottemperanza a quanto disposto dal novellato art. 10 del d.lgs n. 33/2013, viene di seguito elaborata una tabella in cui vengono definiti i profili di responsabilità per i dati da pubblicare:



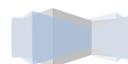
**Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza**

<b>Tipologia di dati</b>	<b>Documenti, informazioni e dati da pubblicare</b>	<b>Responsabili del procedimento di pubblicazione</b>	<b>Livello di aggiornamento</b>
<b>Informazioni generali</b>	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	RPCT	Annuale
	Relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano per la trasparenza	Direttore Generale	Annuale
	Piano triennale della performance e programma annuale	Direttore Generale	Annuale
	Relazione annuale sulla performance aziendale	Direttore Generale	Annuale
	Relazione annuale dell'OIV sullo stato del Sistema aziendale per la misurazione, valutazione della performance.	Direttore Generale, OIV	Annuale
	LINK ai siti nazionali per atti normativi e sanitari.	Responsabile Affari Generali e Assicurativi	Continuo
	LINK ai siti regionali per atti normativi e sanitari.	Responsabile Affari Generali e Assicurativi	Continuo
	Principali documenti ed atti aziendali di indirizzo sulla organizzazione, sulle funzioni e sugli obiettivi aziendali	Direttore Generale	Continuo
	Articolazione delle strutture, competenze e risorse assegnate, con i nomi dei dirigenti responsabili delle singole strutture	Direttore U.O. Programmazione e Controllo di Gestione	Continuo

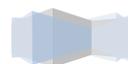
*Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza  
Dott.ssa Maria Grazia Vavalà*



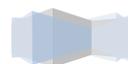
<b>Organizzazione</b>	Illustrazione in forma semplificata dell'organizzazione aziendale, mediante organigramma o analoghe rappresentazioni	Direttore Generale	Continuo
	Elenco dei numeri di telefono cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali.	Responsabile U.O. Comunicazione-URP	Continuo
	Elenco delle caselle di posta elettronica ordinaria e certificata cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali.	Responsabile U.O. Comunicazione URP	Continuo
<b>Consulenti e Collaboratori</b>	Estremi degli atti di conferimento degli incarichi dei consulenti/collaboratori.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Continuo
	Curriculum vitae dei consulenti/collaboratori.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Continuo
	Compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Continuo
	Elenco completo dei consulenti/collaboratori, comprensivo dell'oggetto, della durata e del compenso dell'incarico.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale
<b>Personale</b>	Estremi degli atti di conferimento degli incarichi dirigenziali e nel caso di strutture complesse estremi del relativo bando pubblico di selezione.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Continuo



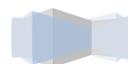
Bandi di selezione, svolgimento delle relative procedure ed estremi dei relativi atti pubblici.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Continuo
Curriculum vitae dei dirigenti dell'azienda redatto in conformità all'art. 21, comma 1, legge 69/2009 e della Legge n. 183 del 4 novembre 2010 e successive norme collegate.	Tutti i dirigenti dell'ASP di Vibo Valentia	Annuale o al conferimento o rinnovo di nuovo incarico in corso d'anno
Dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico di cui al D.Lgs 39/2013.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale o al conferimento o rinnovo di nuovo incarico in corso d'anno
Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico di cui al D.Lgs 39/2013	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale o al conferimento o rinnovo di nuovo incarico
Dati relativi allo svolgimento di altri incarichi, la titolarità di cariche e lo svolgimento di attività professionali (comprese le "prestazioni professionali svolte in regime intramurario").	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione Responsabile ALPI	Continuo
Compensi, comunque denominati, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale
Dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio, con la indicazione della sua distribuzione tra le diverse mansioni e aree professionali e tra le strutture.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale



Dati relativi al costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per fasce professionali e per strutture.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale
Dati relativi al personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con la indicazione delle diverse tipologie di rapporto, della distribuzione tra le diverse strutture; la pubblicazione deve comprende l'elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale
Dati relativi al costo complessivo del personale non a tempo indeterminato, articolato per fasce professionali e per strutture.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Trimestrale
Dati relativi ai tassi di assenza del personale a tempo indeterminato distinti per strutture	Responsabile U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Mensile
Atti degli incarichi autorizzati (retribuiti e non retribuiti) conferiti nell'anno ai dipendenti, ivi compresi i dati relativi ai compensi.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Entro 15 gg. dall'incarico
Elenco degli incarichi autorizzati (retribuiti e non retribuiti) conferiti annualmente ai dipendenti, ivi compresi i dati relativi ai compensi.	Responsabile U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale
Contrattazione Collettiva	Responsabile Ufficio Relazioni Sindacali	Continuo

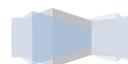


	Contratti integrativi stipulati, accompagnati dalla relazione tecnico-finanziaria e da quella illustrativa che evidenzia gli effetti attesi in esito alla sottoscrizione del contratto integrativo in materia di produttività ed efficienza dei servizi erogati.	Responsabile Ufficio Relazioni Sindacali Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione Responsabile U.O. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Continuo
	Delibera di nomina dell'OIV e relativi compensi dei componenti.	Direttore Generale	Alla nomina
	Delibera di nomina della Struttura Tecnica a Supporto della Valutazione della Performance e relativi compensi dei componenti.	Direttore Generale	Alla nomina
	Curriculum vitae dei componenti dell'OIV.	Direttore Generale	Alla nomina
<b>Strutture Pubbliche e Private Accreditate</b>	Elenco delle strutture private accreditate (sanitarie e socio-sanitarie).	Direttore Distretto	Annuale
	Analisi dei DGR delle Strutture Pubbliche e Private ricadenti nell'area dell'Azienda, con la pubblicazione degli indicatori Ministeriali e Regionali.	Responsabile Assistenza Ospedaliera Accreditata	Mensile
	Analisi dei dati di Specialistica delle Strutture Pubbliche e Private ricadenti nell'area dell'Azienda, con la pubblicazione degli indicatori Ministeriali e Regionali.	Direttore Distretto	Trimestrale

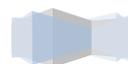


	Analisi dei dati di Farmaceutica Pubblica e Privata ricadente nell'area dell'Azienda, con la pubblicazione degli indicatori Ministeriali e Regionali.	Direttori Farmaceutica Territoriale Farmaceutica Ospedaliera	Trimestrale
	Accordi stipulati con le strutture private accreditate (sanitarie e socio-sanitarie).	Direttore Distretto e Assistenza Ospedaliera Accreditata	Annuale
<b>Bandi di Concorso</b>	Elenco dei bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale dipendente presso l'Azienda.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane Formazione	Continuo
	Elenco dei bandi espletati nell'ultimo triennio, accompagnato dall'indicazione, per ciascuno di essi, del numero dei dipendenti assunti e delle spese effettuate per i dipendenti.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale
	Elenco dei bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale convenzionato presso l'Azienda.	Responsabile Servizio Continuità Assistenziale	Continuo
<b>Performance</b>	Piano triennale della performance e direttive annuali per la definizione, realizzazione, monitoraggio e valutazione degli obiettivi.	Direttore U.O. Programmazione e Controllo di Gestione	Annuale
	Regolamento del Sistema aziendale per la misurazione, valutazione e trasparenza della performance.	Direttore Generale	Annuale

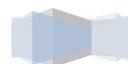
**Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza  
Dott.ssa Maria Grazia Vavalà**



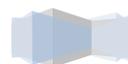
	Relazione annuale dell'OIV sullo stato del Sistema aziendale per la misurazione, valutazione e trasparenza della performance	Direttore Generale Aziendale OIV	Annuale
	Dati relativi all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale
	Dati relativi all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance effettivamente distribuiti	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale
	Entità del premio mediamente conseguibile dal personale dirigenziale e non dirigenziale	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale
	Dati relativi alla distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del grado di differenziazione utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi.	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale
	Dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità per i dirigenti e gli altri dipendenti..	Direttore U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale
<b>Procedimenti</b>	Elenco dei procedimenti amministrativi.	Responsabile U.O. Affari Generali	Annuale



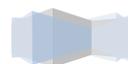
	Schede per ciascun procedimento, con le informazioni di cui all'art 35 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.	Le U.O. responsabili dei procedimenti	Annuale
	Atti, documenti da allegare e modulistica necessaria per la presentazione delle istanze da parte dei cittadini (compresi i fac-simile per le autocertificazioni).	Le U.O. responsabili dei procedimenti	Annuale
	Tempi medi di durata dei procedimenti amministrativi.	Le U.O. responsabili dei procedimenti	Annuale
	Iniziative adottate per il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti amministrativi.	Le U.O. responsabili dei procedimenti	Annuale
	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto agli stessi da parte delle amministrazioni precedenti.	Le U.O. responsabili dei procedimenti	Annuale
	Elenchi / schede sintetiche dei provvedimenti finali di stipula di accordi con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Responsabile U.O. Affari Generali e Assicurativi	Semestrale
<b>Controlli sulle Imprese</b>	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività.	Direttore Dipartimento di Prevenzione	Continuo



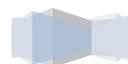
	<p>Criteria e modalità di svolgimento delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese.</p>	<p>Direttore Dipartimento di Prevenzione</p>	<p>Continuo</p>
	<p>Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare.</p>	<p>Direttore Dipartimento di Prevenzione</p>	<p>Continuo</p>
<p><b>Gare e Contratti</b></p>	<p>Informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di lavori, servizi e forniture, ai sensi dell'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 come aggiornato dall'art.8 comma 2 della l. 69/2015</p>	<p>Responsabile U.O. Provveditorato Economato e Gestione Logistica e Responsabile U.O. Gestione Tecnico patrimoniale</p>	<p>Continuo</p>
	<p>Atti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 50/2016, come elencati nell'allegato 1</p>	<p>Responsabile U.O. Provveditorato Economato e Gestione Logistica e Responsabile U.O. Gestione Tecnico patrimoniale</p>	<p>Continuo</p>
<p><b>Bilanci</b></p>	<p>Dati relativi al bilancio annuale di previsione.</p>	<p>Responsabile U.O. Gestione Economiche e Finanziarie</p>	<p>Annuale</p>
	<p>Dati relativi al bilancio annuale consuntivo.</p>	<p>Responsabile U.O. Gestione Economiche Finanziarie</p>	<p>Annuale</p>



	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio, per illustrare gli obiettivi della spesa, misurarne i risultati e monitorarne l'effettivo andamento in termini di servizi forniti e di interventi realizzati.	Responsabile U.O. Gestione Economiche Finanziarie	Annuale
	Piano delle Attività Aziendale	Direttore U.O. Programmazione e Controllo	Annuale
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Informazioni identificative degli immobili posseduti a qualsiasi titolo	Responsabile U.O. Gestione Economiche e Finanziarie	Annuale
	Elenco dei canoni di locazione o di affitto versati.	Responsabile U.O. Gestione Economiche e Finanziarie	Annuale
	Elenco dei canoni di locazione o di affitto percepiti.	Responsabile U.O. Gestione Economiche e Finanziarie	Annuale
<b>Controlli sull'Azienda</b>	Rilievi degli organi di controllo interno, degli organi di revisione amministrativa e contabile riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione o di singole UO/Servizi ed uffici.	Responsabile U.O. Affari Generali	Annuale
	Relazione degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione, al conto consuntivo e al bilancio di esercizio	Responsabile U.O. Affari Generali	Annuale



	Rilievi della Corte dei conti, ancorchè non recepiti, riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione di singole UO/Servizi ed uffici.	Responsabile U.O. Affari Generali Responsabile U.O. Gestione Economiche e Finanziarie	Annuale
<b>Pagamenti dell'Azienda</b>	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture ("indicatore di tempestività dei pagamenti").	Responsabile U.O. Gestione Economiche e Finanziarie	Annuale
	Codice IBAN identificativo dell'Azienda	Responsabile U.O. Gestione Economiche e Finanziarie	Continuo
<b>Servizi erogati</b>	Carta dei Servizi o standard di qualità dei servizi pubblici	Responsabile Ufficio Comunicazione URP	Annuale
	Risultati delle indagini condotte sulla qualità dei servizi erogati.	Responsabile Ufficio Comunicazione URP	Annuale
	I costi contabilizzati per ogni servizio erogato e l'andamento nel tempo	Responsabile U.O. Gestione Economiche e Finanziarie	Annuale
	Liste di attesa dei ricoveri per pazienti in elezione, erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate operanti nel territorio dell'Azienda.	Responsabili Direzioni Sanitarie Ospedaliere e Assistenza Ospedaliera Accreditata	Trimestrale

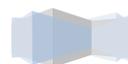


	Liste di attesa per valutazioni multidimensionali.	Responsabili UU.OO. ADI e Tutela Anziani e Disabili	Annuale
	Liste di attesa per accesso in RSA.	Responsabile Servizi Socio Assistenziali Distrettuali	Annuale
	Tempi di attesa per protesica.	Responsabile U.O. Tutela Anziani e Disabili	Annuale
	Liste di attesa per prestazioni ambulatoriali specialistiche	Responsabile CUP	Quindicinale
<b>Concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici di importo superiore a 1.000 euro</b>	Criteria e modalità	U.O. responsabili dei procedimenti	Continuo
	Atti di concessione di benefici	U.O. responsabili dei procedimenti	Continuo
	Elenco dei soggetti beneficiari	U.O. responsabili dei procedimenti	Continuo

### ***3.3 Obblighi di pubblicazione***

I dati, i documenti e le informazioni che l'Azienda ha l'obbligo di pubblicare, riportati nella tabella di cui sopra, sono dettagliatamente previsti e disciplinati dal d.lgs n. 33/2013, modificato dal d.lgs n. 97/2016, a cui integralmente ci si riporta.

E' ovvio che si rende necessaria la consultazione della normativa vigente al fine di avere una più ampia visione degli obblighi imposti dalla legge.



#### ***4. La Trasparenza e la tutela dei dati personali***

Il libero accesso ai dati e alle informazioni detenute dalla pubblica amministrazione e il diritto alla riservatezza dei dati personali sono entrambi diritti contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione sia dal diritto europeo.

Da questa affermazione, la Corte Costituzionale ha dichiarato la necessità di procedere ad un bilanciamento dei due diritti, così come previsto dal Considerando n. 4 del Regolamento (UE) 2016/679, secondo cui: “il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità”.

Secondo la Corte Costituzionale il bilanciamento dei due diritti va fatto avvalendosi del test di proporzionalità che “richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti in confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi”.

Al principio della trasparenza è riconosciuta rilevanza costituzionale in quanto fondamento di diritti, libertà e principi costituzionalmente garantiti. La trasparenza, infatti, oltre ad essere un corollario del principio democratico, garantisce il buon funzionamento e l'efficienza e l'efficacia della pubblica amministrazione.

Il trattamento dei dati personali da parte dei soggetti pubblici è ammissibile esclusivamente se previsto da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, da un regolamento.

Pertanto, le pubbliche amministrazioni, prima di mettere sui propri siti web istituzionali dati e documenti contenenti dati personali, devono verificare se la disciplina in materia di trasparenza, contenuta nel d.lgs. n. 33/2013 o in altre disposizioni di legge, preveda l'obbligo di pubblicazione.

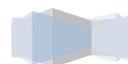
Accertato ciò, la pubblicazione deve avvenire nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, minimizzazione dei dati, esattezza e integrità.

In particolare, rilevano i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati e i principi di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure necessarie per cancellare o rettificare i dati inesatti in relazione alla finalità per le quali sono trattati.

I dati personali, sensibili o giudiziari non pertinenti e/o non indispensabili rispetto alle finalità della pubblicazione devono essere resi intellegibili.

#### ***5. Iniziative di comunicazione della Trasparenza.***

Gli obblighi di trasparenza della Pubblica Amministrazione non sono fini a se stessi, ma, come più volte precisato, hanno lo scopo prioritario di favorire l'accesso da parte dell'intera collettività a tutti i



processi e procedimenti posti in essere dal soggetto pubblico al fine di garantire il buon andamento e l'imparzialità dell'attività amministrativa nonché la prevenzione di fenomeni corruttivi.

Intesa in tal senso, la trasparenza è un sistema per mettere in relazione due soggetti: la Pubblica Amministrazione e i cittadini.

Tenuto conto di ciò, al fine di rendere operativo il principio di usabilità delle informazioni pubblicate, è necessario che l'Azienda attivi un sistema di raccolta dei feedback dai cittadini e dagli stakeholder interni ed esterni.

Gli stakeholder sono tutti quei soggetti, individui o organizzazioni, coinvolti nell'attività della pubblica Amministrazione e il cui interesse può essere negativamente o positivamente influenzato dal risultato dell'attività medesima.

L'Azienda deve attivare una politica di coinvolgimento degli stakeholder interni (es. sindacati, dipendenti, etc. ..) ed esterni (cittadini, associazioni, imprese, etc. ..) per individuare le esigenze di trasparenza e tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare, nonché nella definizione delle iniziative volte a garantire, più in generale, la trasparenza e la legalità dell'operato dell'Amministrazione.

Il confronto con tali soggetti rappresenta un significativo momento di ascolto e di apertura alle più varie esigenze della cittadinanza, traducendosi in un importante punto di partenza per lo sviluppo di una sempre maggiore cultura della trasparenza.

Per favorire il rapporto diretto tra l'ASP di Vibo Valentia, il cittadino ed i diversi stakeholder, nel corso dell'anno 2019 verranno messi in campo i primi strumenti di comunicazione e divulgazione del presente programma.

Il confronto, invece, potrà essere attuato:

- in modo indiretto attraverso segnalazioni da far pervenire alla posta elettronica del Responsabile per la Trasparenza e del Responsabile dell'U.O. Comunicazione-URP;
- in modo diretto attraverso i feedback ricevuti nel corso della Giornata della Trasparenza e attraverso l'accesso civico.

### ***5.1. La Giornata della Trasparenza***

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia si attiverà per organizzare la Giornata della Trasparenza, così come previsto dal D.Lgs. n. 33/2013.

La giornata, aperta a cittadini e dipendenti, avrà come scopo quello di favorire lo sviluppo di una cultura amministrativa orientata alla trasparenza, all'integrità e alla legalità, un'occasione per rendere manifesto che l'Azienda Sanitaria nell'organizzazione delle proprie attività e, in generale, nel proprio agire, intende ispirarsi ai principi dettati dal D.Lgs.33/2013.

La Giornata della Trasparenza dovrà rappresentare un momento significativo di confronto e di ascolto per il conseguimento di due obiettivi:



- La partecipazione dei cittadini al fine di individuare le informazioni di concreto interesse per la collettività degli utenti;
- Il coinvolgimento dei cittadini nell'attività dell'Amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

Naturalmente, affinché possano essere realizzate le finalità cui sono destinate le Giornate della Trasparenza, è necessario che questi incontri non si traducano in un'occasione di confronto fra i soli addetti ai lavori, ma in incontri di massima "apertura" ed ascolto verso l'esterno dell'amministrazione. I destinatari di tali giornate, dunque, devono essere le associazioni dei consumatori o utenti, le associazioni di volontariato e ogni altro osservatore qualificato e interessato.

Nel corso di tali incontri è opportuno che vengano presentati il Programma Triennale per la Trasparenza e per l'Integrità, il Piano delle Performance e qualsiasi altro documento di interesse pubblico atto a dimostrare la trasparenza e l'integrità dell'operato dell'Azienda.

L'amministrazione, nel corso di tali giornate, dovrà raccogliere i dati emersi, quindi, dovrà procedere alla loro analisi al fine di poterli utilizzare per la rielaborazione annuale dei documenti del ciclo della performance e per il miglioramento dei livelli di trasparenza.

La Giornata della Trasparenza deve essere organizzata dal Responsabile per la Trasparenza in collaborazione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e con l'U.O. Programmazione e Controllo, allo scopo di individuare i soggetti esterni ed interni più idonei nonché i contenuti più pregnanti al fine del conseguimento delle finalità proprie di tale confronto.

### **5.2 Accesso Civico.**

L'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013 ha introdotto una delle principali novità in tema di trasparenza: l'istituto dell'accesso civico, che estende il proprio raggio d'azione ben oltre i confini tracciati dal diritto di accesso riconosciuto, ai soggetti interessati, dalla legge n. 241/1990.

L'accesso civico, infatti, è il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati che l'ASP di Vibo Valentia ha l'obbligo di pubblicare, ai sensi del D.Lgs n. 33 del 2013, e di cui abbia omesso la pubblicazione sul proprio sito istituzionale nella Sezione "Amministrazione Trasparente".

L'accesso civico, dunque,

- è un diritto;
- non è soggetto a limitazioni di legittimazione soggettiva e, quindi, può essere esercitato da chiunque;
- non deve essere motivato;
- è gratuito.

La richiesta di accesso civico deve essere presentata al RPCT dell'ASP di Vibo Valentia, secondo le seguenti modalità:

- se in possesso di una casella postale elettronica certificata, l'interessato può presentare istanza all'indirizzo:

**aspvibovalentia@pec.it**



- se in possesso di una casella di posta elettronica tradizionale, l'interessato può presentare istanza all'indirizzo:

**mg.vavala@aspvv.it**

Il RPCT, dopo aver ricevuto la richiesta, verifica la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, informando il Dirigente responsabile del dato per il quale è stato richiesto l'accesso.

Nel caso in cui sussista l'obbligo di pubblicazione:

- se quanto richiesto non è stato pubblicato, il Responsabile per la Trasparenza:
  - si attiva affinché il Dirigente responsabile proceda, nel termine di trenta giorni, alla pubblicazione dei documenti o delle informazioni oggetto della richiesta nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale;
  - provvede a dare comunicazione dell'avvenuta pubblicazione al richiedente, indicando il relativo collegamento ipertestuale;
- se quanto richiesto risulta già pubblicato, ne dà comunicazione al richiedente indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Nei casi di ritardo o di mancata risposta, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo, di cui all'art. 2, comma 9 bis, della legge n. 241/1990.

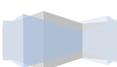
Il titolare del potere sostitutivo se verifica la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, provvede ad attivare apposita procedura per garantire che i documenti, informazioni o dati, oggetto della richiesta di accesso, vengano pubblicati, nel termine di 15 giorni, sul sito istituzionale dell'ASP di Vibo Valentia nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Contestualmente informerà dell'avvenuta pubblicazione il richiedente.

L'ASP di Vibo Valentia si riserva di nominare il titolare del potere sostitutivo con apposito atto deliberativo del Direttore Generale.

Con l'introduzione dell'istituto dell'accesso civico, il legislatore ha inteso ampliare i confini tracciati dall'art. 22 della legge n. 241/1990 e s.m.i., infatti:

- il diritto di accesso ex art. 22 della legge n. 241/1990 è uno strumento finalizzato a proteggere interessi giuridici particolari da parte di soggetti che sono portatori di *"un interesse diretto concreto ed attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso"* e si esercita con la visione o l'estrazione di copia di documenti amministrativi;
- diversamente, l'accesso civico:
  - ❖ non è subordinato alla titolarità di un interesse attuale e concreto in capo al richiedente e garantisce un accesso diretto al patrimonio informativo dell'Azienda;
  - ❖ non necessita di una particolare legittimazione soggettiva e riguarda tutte le informazioni ed i dati che, ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 e delle altre disposizioni vigenti, tutte le Pubbliche Amministrazioni devono pubblicare;
  - ❖ è un diritto molto ampio e azionabile sul solo presupposto dell'obbligo di pubblicazione previsto dalla legge;



- ❖ la richiesta di accesso civico non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al Responsabile della Trasparenza dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia.

### **5.3 Accesso civico generalizzato**

Il d.lgs n. 97/2016 ha novellato l'art 5, comma 2, del d.lgs. n. 33/2013, introducendo il cd. Accesso civico generalizzato, in virtù del quale chiunque vi abbia interesse, senza essere titolare di posizioni giuridiche rilevanti, può chiedere l'accesso a tutti i dati, documenti e informazioni detenute dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelle per le quali vige l'obbligo di pubblicazione.

L'accesso generalizzato è temperato dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi pubblici e privati che possono subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni.

Pertanto, l'accesso generalizzato è escluso in modo assoluto nei casi di cui all'art. 5, comma 3, del d.lgs n.33/2013.

I comma 1 e 2 dell'art. 5 bis prevedono, invece, una serie di limiti posti a tutela di interessi pubblici e privati, per i quali il legislatore non ha previsto un'esclusione generale e preventiva del diritto di accesso, ma rinvia ad un'attività valutativa che deve essere effettuata dagli organi preposti dell'Azienda con la tecnica del bilanciamento, caso per caso, tra l'interesse pubblico all'accesso generalizzato e la tutela di altrettanto validi interessi considerati dall'ordinamento giuridico.

Per negare l'accesso, il pregiudizio agli interessi indicati dal legislatore deve essere concreto e probabile, deve, pertanto, esserci un preciso nesso di causalità tra l'accesso e il pregiudizio.

Il diniego di accesso deve essere motivato in modo congruo e completo, indicando gli interessi pregiudicati ed evidenziando la diretta dipendenza del pregiudizio, altamente probabile e non solo possibile, dall'accesso.

La motivazione è necessaria anche in caso di accoglimento dell'istanza, specie nell'ipotesi in cui la richiesta coinvolga diritti di soggetti terzi.

Vista la diversa tipologia di accessi agli atti, previsti dalla normativa vigente, si ritiene necessario integrare il regolamento aziendale, adottato per disciplinare l'accesso agli atti di cui alla l. n. 241/1990.

Il nuovo regolamento deve fornire un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso, in particolare deve prevedere:

- una sezione dedicata all'accesso documentale;
- una seconda sezione dedicata alla disciplina dell'accesso civico semplice;
- una terza sezione dedicata all'accesso generalizzato in cui indicare gli uffici competenti a decidere sulle richieste e le procedure da seguire per valutare caso per caso le istanze.

E' in fase di adozione il Regolamento sull'Accesso agli atti distinto, come suggerisce l'ANAC, in tre sezioni dedicate, rispettivamente, all'accesso documentale, all'accesso civico e all'accesso civico generalizzato.



## **6. Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza.**

L'attuazione degli obblighi di trasparenza richiede un'attività di monitoraggio periodico sia da parte dell'Amministrazione stessa (monitoraggio interno) sia da parte dell'Organismo Interno di Valutazione (OIV).

### **6.1. Monitoraggio interno.**

Il monitoraggio da parte dell'Amministrazione ha cadenza semestrale ed è eseguito da soggetti interni all'Azienda, individuati nei Direttori delle Unità Operative e/o Servizi, responsabili della pubblicazione e riguarda l'attuazione del programma per la trasparenza, per gli ambiti di rispettiva competenza.

I soggetti di cui sopra, ciascuno per il proprio ambito, trasmetteranno al RPCT, entro il 30 aprile ed entro il 30 ottobre di ciascun anno, una relazione attestante i risultati del monitoraggio effettuato e riguardante il processo di attuazione degli obblighi di pubblicazione, indicando gli eventuali scostamenti rispetto a quanto prescritto e le relative motivazioni nonché le eventuali azioni nuovamente programmate per il raggiungimento degli obiettivi.

Il RPCT relaziona sullo stato di attuazione del programma alla Direzione Generale e all'Organismo Interno di Valutazione (OIV).

Il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione:

- alla Direzione Generale dell'Azienda;
- all'Organismo Interno di Valutazione (OIV)
- all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

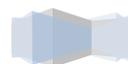
### **6.2 Monitoraggio (audit) dell'OIV:**

L'OIV ha importanti compiti in materia di verifica e controllo sul livello di trasparenza raggiunto dall'amministrazione, che culmina nella funzione di verifica dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e di integrità.

In particolare, l'OIV è responsabile della corretta applicazione delle linee guida dell'ANAC e promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

I risultati dei controlli confluiscono in una Relazione Annuale che deve essere trasmessa agli organi politico-amministrativi dell'Azienda, che devono tenerne conto ai fini dell'aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza.

L'audit dell'OIV è funzionale anche all'individuazione degli inadempimenti che possano dar luogo alla responsabilità di cui all'art. 11, comma 9 del D. Lgs. n. 150/2009.



## **7. Dati ulteriori.**

L'art. 4, comma 3, del D. Lgs n. 33/2013 dispone che le Pubbliche Amministrazioni possono prevedere la pubblicazione, nel proprio sito istituzionale, di dati, informazioni e documenti per i quali non vige un obbligo di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013.

Questi dati saranno individuati sulla base delle proposte dei Dirigenti responsabili delle singole Unità Operative e/o Servizi e sulla base delle osservazioni e richieste dei cittadini e stakeholder interni ed esterni.

Naturalmente, nell'individuazione e selezione di questi dati ulteriori si dovrà tener conto dei vincoli derivanti dalle norme vigenti in materia di protezione dei dati personali.

## **8. Conclusioni.**

L'Azienda ha dato attuazione agli obblighi relativi alla trasparenza attivando sul sito web aziendale:

- l'Albo Pretorio, in cui devono essere pubblicate tutte le delibere e le determinate adottate dall'Azienda;
- la sezione "Amministrazione Trasparente", in cui devono essere pubblicati i dati obbligatori per legge.

Lo scopo dell'Azienda è quello di adempiere tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, di rendere il sito più facilmente consultabile e i dati e le informazioni più fruibili per coloro che intendano conoscere l'attività dell'Azienda.

Altro obiettivo è quello di rendere la pubblicazione dei dati più efficiente, tempestiva e corretta.

Per questo motivo l'Azienda ha adottato il programma SEC-SISR regionale non solo per la gestione del protocollo informatico e degli atti amministrativi ma anche per la realizzazione e la gestione della Sezione Amministrazione Trasparente, che cambierà il suo nome in "Casa di Vetro".

Il cambiamento riguarderà non solo la denominazione, ma, cosa più importante, le modalità di pubblicazione dei dati.

Molte sub sezioni si alimenteranno automaticamente, in quanto molti dati inseriti nel sistema per altre funzioni, potranno essere programmati affinché vengano simultaneamente pubblicati nella sezione apposita di amministrazione trasparente.

La Casa di Vetro, in sostanza, verrà alimentata, in parte, da un database aziendale, agevolando, in tal modo, il lavoro di pubblicazione dei dati da parte dei dipendenti.

Decorsi, inoltre, i termini previsti dalla legge per la durata della pubblicazione, i dati verranno automaticamente messi negli appositi archivi, rimanendo in ogni caso consultabili da parte dei cittadini.



La nuova sezione di Amministrazione Trasparente verrà attivata nel corso del prossimo mese, dal momento che, per renderla operativa, si dovrà procedere alla migrazione dei dati dal vecchio al nuovo portale e all'archiviazione dei dati per i quali il termine di pubblicazione è ormai decorso.

Affinchè l'Azienda sia trasparente nel rispetto della normativa vigente, non è comunque sufficiente cambiare i software.

E' importante il coinvolgimento dei direttori/responsabili dei diversi uffici, che, come più ampiamente esplicitato nei paragrafi precedenti, hanno il compito di individuare, elaborare, validare, aggiornare e pubblicare i dati di loro competenza, sotto il coordinamento del RPCT..

Questa responsabilità diretta del corretto inserimento dei dati in capo ai singoli direttori delle unità operative mira a garantire la correttezza, la completezza e la tempestività delle pubblicazioni.

E' tuttavia opportuno precisare che il conseguimento di tali obiettivi è stato notevolmente rallentato dalla mancanza dei direttori e/o responsabili della maggior parte delle unità operative tenute alla pubblicazione dei dati.

Tale problema è stato al momento in parte superato, per cui l'impegno del RPCT per il triennio 2022/2024 è quello di coinvolgere e sensibilizzare il personale dirigenziale e del comparto affinché l'Azienda Sanitaria di Vibo Valentia diventi in concreto e di fatto una "Casa di Vetro".



## REGISTRO DEI RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE TRIENNIO 2022/2024

AREE DI RISCHIO	PROCESSI/FASI/ATTIVITA'	FASI/ SOTTOPROCESSI	RISCHI	SERVIZI INTERESSATI E RESPONSABILI	MISURE DA ADOTTARE
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	RECLUTAMENTO DEL PERSONALE	<p>Reclutamento del personale a tempo determinato e/o a tempo indeterminato:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. concorso/avviso pubblico;</li> <li>2. mobilità;</li> <li>3. utilizzo graduatorie altre aziende</li> <li>4. reclutamento personale appartenente alle categorie protette</li> </ol>	<p>Condizionamento della procedura di selezione del personale al fine di favorire uno specifico candidato, attraverso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Particolare predisposizione del bando;</li> <li>2. Scelta del momento della pubblicazione, indipendentemente dalle obiettive necessità aziendali, per favorire o escludere potenziali candidati;</li> <li>3. Scelta dei componenti delle Commissioni esaminatrici con lo scopo di influenzare la scelta del candidato;</li> <li>4. Mancata pubblicazione degli atti del concorso;</li> <li>5. Attribuzione discrezionale del punteggio ai titoli.</li> </ol> <p>Scelte organizzative aziendali particolari o creazione di unità operative complesse e/o semplici non previste dall'Atto Aziendale per favorire un dipendente o un candidato nell'attribuzione di incarichi o la copertura di posti.</p> <p>Favorire, come componente della Commissione esaminatrice, un determinato candidato.</p> <p>Pressioni indebite, da parte del potere politico o economico, sui direttori di struttura o sulle direzioni generali per favorire l'assunzione di un professionista od operatore.</p> <p>Mancata rotazione ordinaria del Direttore e del personale che si occupa in modo esclusivo della gestione delle procedure di acquisizione delle risorse umane.</p>	<p>S.C. <b>Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione</b></p> <p><b>Responsabile:</b> <b>Dott. Gianfranco Ielo</b></p>	<p>Rispetto della normativa vigente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. dei D.P.R. che prevedono le modalità di nomina dei componenti delle commissioni esaminatrici;</li> <li>2. della normativa che disciplina la pubblicazione degli atti concorsuali: pubblicazione dei criteri di valutazione delle Commissioni; pubblicazione delle tracce delle prove scritte; pubblicazione, se possibile, dei curriculum dei candidati e/o dei vincitori del concorso; pubblicazione verbale finale della Commissione; pubblicazione graduatoria finale e relativa delibera di approvazione.</li> <li>3. acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e di conflitto di interessi dei Commissari di concorso nei confronti dei candidati prima della nomina</li> </ol> <p>Report semestrale al RPCT (30 giugno e 31 dicembre).</p>

AREE DI RISCHIO	PROCESSI/FASI/ATTIVITA'	FASI/ SOTTOPROCESSI	RISCHI	SERVIZI INTERESSATI E RESPONSABILI	MISURE DA ADOTTARE
	<b>PROGRESSIONE DI CARRIERA</b>	Progressioni di carriera: 1.fasce retributive; 2. selezioni interne; 3. incarichi sanitari di coordinamento e di posizioni organizzative; 4. conferimento incarichi dirigenziali ad esclusione incarichi di struttura complessa.	Adozione di procedure non trasparenti per l'attribuzione di incarichi di coordinamento, di posizioni organizzative e per le progressioni orizzontali di carriera.  Pressioni indebite, da parte del potere politico o economico, sui direttori di struttura o sulle direzioni generali per favorire le progressioni di carriera di un particolare dipendente.	<b>SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione</b>  <b>Responsabile Dott. Gianfranco Ielo</b>	Rispetto delle procedure previste dai CCNL per il conferimento delle fasce, le progressioni orizzontali di carriera e i concorsi interni  Rispetto agli obblighi di pubblicazione: in particolare pubblicazione dei curriculum
<b>INCARICHI E NOMINE</b>		Conferimento di incarichi dirigenziali di Struttura Complessa	Mancato rispetto delle procedure di conferimento degli incarichi previste dalla normativa vigente e delle Linee Guida che il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria ha emanato, tenendo conto di quanto disposto dai CCNL e previsto dal PNA 2016, per uniformare i criteri di nomina.  Pressioni indebite, da parte del potere politico o economico, sulle direzioni generali per favorire il conferimento di incarico di struttura complessa ad un particolare dirigente.  Adozione di procedure non trasparenti nell'attribuzione di un incarico di direzione.	<b>SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione</b>  <b>Responsabile Dott. Gianfranco Ielo</b>	Rispetto delle procedure previste dalla normativa vigente e dalle Linee Guida regionali. Rispetto degli obblighi di pubblicazione pubblicazione dei criteri di valutazione adottati delle Commissioni; pubblicazione delle domande, qualora vi sia stato un colloquio; pubblicazione dei curriculum dei candidati; pubblicazione verbale finale della Commissione; pubblicazione della graduatoria finale e relativa delibera di conferimento incarico. Trasmissione atti concorso al RPCT

AREE DI RISCHIO	PROCESSI/FASI/ATTIVITA'	FASI/ SOTTOPROCESSI	RISCHI	SERVIZI INTERESSATI E RESPONSABILI	MISURE DA ADOTTARE
		<p>Conferimento di incarichi dirigenziali ex art. 15 septies D.Lgs. 502/1992</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizzo non corretto dell'art. 15 septies al fine di agevolare determinati soggetti.</li> <li>2. Mancato rispetto dei contingenti massimi stabiliti dalla normativa vigente in relazione al ruolo di appartenenza.</li> <li>3. Conferimento incarico senza indicazione di un avviso pubblico e valutazione comparata dei curriculum.</li> <li>4. Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire, allo scopo di reclutare candidati particolari</li> </ol>	<p><b>SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione</b></p> <p><b>Responsabile Dott. Gianfranco Ielo</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indizione di un avviso pubblico con l'indicazione dei requisiti specifici e professionali di ammissione e relativa pubblicazione sul sito web aziendale;</li> <li>2. Conferimento dell'incarico dirigenziale ex art. 15 septies per la copertura di posizioni o funzioni per le quali c'è una preventiva autorizzazione regionale all'assunzione.</li> <li>3. Rispetto dei contingenti massimi stabiliti dalla normativa vigente in relazione al ruolo di appartenenza.</li> <li>4. Motivazione del ricorso alla presente procedura derogatoria, compresa la motivazione relativa al mancato espletamento dei concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base dell'incarico.</li> <li>5. Pubblicazione dei criteri di valutazione adottati dalla commissione, dei curriculum dei candidati e delle domande in caso di colloquio.</li> <li>6. Pubblicazione della graduatoria finale.</li> <li>7. Motivazione della scelta effettuata in relazione ai requisiti professionali richiesti.</li> <li>8. Trasmissione atti al RPCT.</li> </ol>
		<p>Conferimento incarichi a personale sanitario convenzionato: MMG e PLS, Specialisti ambulatoriali e Medici di Continuità assistenziale</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inosservanza delle disposizioni normative dell'ACN, con possibilità di favorire alcuni professionisti;</li> <li>2. Situazioni di incompatibilità e/o conflitti di interessi.</li> <li>3. Definizione impropria dei fabbisogni al fine di favorire determinati professionisti.</li> </ol>	<p>Distretto Sanitario Unico</p> <p>Responsabile Direttore del Distretto Unico di Vibo Valentia Dott. Raffaele Bava</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Applicazione delle disposizioni normative previste dall'ACN;</li> <li>2. Verifica delle autocertificazioni in materia di insussistenza delle cause di incompatibilità e/o conflitto di interessi;</li> <li>3. Ricognizione del personale e analisi preventiva del fabbisogno.</li> </ol>

AREE DI RISCHIO	PROCESSI/FASI/ATTIVITA'	FASI/ SOTTOPROCESSI	RISCHI	SERVIZI INTERESSATI E RESPONSABILI	MISURE DA ADOTTARE
<b>CONTRATTI PUBBLICI</b>	<b>PROGRAMMAZIONE</b>	Definizione del Piano Annuale degli Acquisti per definire i fabbisogni annuali	<ol style="list-style-type: none"> <li>Definizione di fabbisogni inappropriati, non rispondenti a reali necessità di efficienza ed efficacia di un servizio;</li> <li>Pressioni esterne per prevedere fabbisogni che favoriscano determinate persone;</li> <li>Programmazione frazionata dei fabbisogni per favorire il frazionamento delle forniture e degli appalti.</li> </ol>	<p>U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica</p> <p>Responsabile Dott. Gianfranco Ielo</p> <p>U.O. Gestione Tecnico Patrimoniale Responsabile Ing. Michela Soriano</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monitoraggio e informazione degli organi competenti da parte del Responsabile del Procedimento delle date di scadenza dei contratti in essere;</li> <li>Valutazione del Piano degli Acquisti da parte del Collegio di Direzione;</li> <li>Predeterminazione dei criteri di priorità al fine di evitare favoritismi.</li> </ol>
	<b>PROGETTAZIONE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nomina del Responsabile del Procedimento;</li> <li>Individuazione degli elementi essenziali del contratto;</li> <li>Determinazione dell'importo del contratto;</li> <li>Scelta della procedura di aggiudicazione del contratto;</li> <li>Predisposizione degli atti di gara: bando, capitolato tecnico e disciplinare;</li> <li>Definizione dei criteri di partecipazione;</li> <li>Definizione del criterio di aggiudicazione e di attribuzione del punteggio</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Potenziale posizione di conflitto di interessi del Responsabile del Procedimento;</li> <li>Clausole contrattuali vessatorie o vaghe per disincentivare la partecipazione alle gare o consentire modifiche in fase di esecuzione;</li> <li>Previsione di requisiti di accesso alla gara al fine di favorire determinati operatori;</li> <li>Predisposizione di capitolati tecnici in cui sono richiesti requisiti che favoriscono determinate imprese;</li> <li>Criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi tecnici ed economici per avvantaggiare il fornitore uscente o altro operatore economico.</li> </ol>	<p>U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica</p> <p>Responsabile Dott. Gianfranco Ielo</p> <p>U.O. Gestione Tecnico Patrimoniale Responsabile Ing. Michela Soriano</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Rotazione periodica dei Responsabili del Procedimento;</li> <li>Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e di conflitto di interesse rilasciata prima del conferimento dell'incarico;</li> <li>Rispetto della normativa vigente nella predisposizione degli atti di gara;</li> <li>Adozione dei Patti di Integrità;</li> <li>Previsione negli atti di gara della risoluzione del contratto in caso di gravi violazioni delle norme contenute nei Patti di Integrità</li> </ol>

AREE DI RISCHIO	PROCESSI/FASI/ATTIVITA'	FASI/ SOTTOPROCESSI	RISCHI	SERVIZI INTERESSATI E RESPONSABILI	MISURE DA ADOTTARE
	<b>SELEZIONE DEL CONTRAENTE</b>	1. Pubblicazione del Bando; 2. Fissazione termine per la presentazione delle offerte; 3. Determinazione modalità presentazione offerte; 4. Custodia della documentazione di gara; 5. Nomina della Commissione di gara; 6. Verifica dei requisiti specifici e generali di partecipazione alla gara; 7. Valutazione dell'offerta tecnica e dell'offerta economica; 8. Valutazione di eventuali anomalie delle offerte; 9. Aggiudicazione provvisoria.	1. Mancato rispetto della normativa che disciplina le procedure di gara; 2. Mancato rispetto dei termini previsti per la presentazione delle offerte al fine di penalizzare alcuni operatori economici; 4. Non far pervenire le offerte al Protocollo Generale per non avere una data certa di presentazione delle domande e agevolare chi eventualmente le ha presentate in ritardo; 5. Manomissione o sottrazione della documentazione di gara; 6. Nomina di Commissari privi dei requisiti necessari e/o in situazione di conflitto di interessi, di incompatibilità o inconferibilità; 7. Criteri soggettivi di valutazione delle offerte tecniche; 8. Mancata valutazione dell'anomalia dell'offerta per favorire un determinato operatore economico.	U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica Responsabile Dott. Gianfranco Ielo  U.O. Gestione Tecnico Patrimoniale Responsabile Ing. Michela Soriano	1. Rigorosa applicazione della normativa che disciplina le procedure di gara; 2. Rispetto dei termini di legge per la presentazione delle offerte; 3. Pubblicazione sul sito web aziendale di tutti gli atti di gara; 4. Presentazione delle offerte presso il Protocollo Generale dell'Azienda; 5. Conservazione della documentazione di gara in luogo sicuro e protetto e con modalità adeguate al fine di rilevare eventuali manomissioni; 6. Pubblicazione della nomina dei commissari di gara nonché dei curriculum e delle dichiarazioni di assenza di cause di conflitto di interessi, di incompatibilità e di inconferibilità, rese prima della nomina; 7. Determinazione dei criteri di valutazione delle offerte tecniche prima dell'apertura delle buste;
	<b>VERIFICA, AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO</b>	1. Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto; 2. Comunicazioni riguardanti le eventuali esclusioni; 3. Formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva; 4. Comunicazione dell'aggiudicazione definitiva; 5. Stipula del contratto nei termini di legge.	1. Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un determinato operatore economico che segue nella graduatoria; 2. Violare le norme sulla trasparenza al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte dei soggetti esclusi o non aggiudicatari; 3. Immotivato ritardo nella formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto che potrebbe indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto;	U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica Responsabile Dott. Gianfranco Ielo  U.O. Gestione Tecnico Patrimoniale Responsabile Ing. Michela Soriano	1. Rispetto della normativa contenuta nel D.Lgs. n.50/2016; 2. Acquisizione della documentazione antimafia.

AREE DI RISCHIO	PROCESSI/FASI/ATTIVITA'	FASI/ SOTTOPROCESSI	RISCHI	SERVIZI INTERESSATI E RESPONSABILI	MISURE DA ADOTTARE
	<b>ESECUZIONE DEL CONTRATTO</b>	1. Nomina del Direttore dell'Esecuzione del Contratto; 2. Autorizzazione al subappalto; 4. Approvazione delle modifiche del contratto originario; 5. Ammissione delle varianti in corso d'opera; 6. Verifica dello stato di avanzamento dei lavori; 7. Autorizzazione al pagamento in corso di esecuzione del contratto in base all'avanzamento dei lavori;	1. Nomina di un Direttore dell'esecuzione del contratto in situazione di conflitto di interessi che non ottempera all'obbligo di astensione; 2. Possibilità di subappalto non prevista dall'aggiudicatario o superamento del limite subappaltabile previsto dalla legge; 3. Mancata verifica dell'avanzamento dei lavori secondo il cronoprogramma stabilito al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto; 4. mancata verifica dell'esatto adempimento del contratto per favorire il fornitore; 5. Ammissione di varianti in corso d'opera al di fuori delle ipotesi previste dalla normativa vigente al fine di favorire l'appaltatore.	U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica Responsabile Dott. Gianfranco Ielo  U.O. Gestione Tecnico Patrimoniale Responsabile Ing. Michela Soriano	1. Dichiarazione di insussistenza di cause di conflitto di interessi da rendere prima della nomina da parte di colui che deve essere designato come Direttore dell'esecuzione del contratto; 2. Verificare nell'offerta tecnica se l'aggiudicatario ha previsto il subappalto, per quali prestazioni e se è rispettata la quota subappaltabile per legge; 3. Non autorizzare le varianti in corso d'opera, se non nei casi previsti dalla normativa vigente; 4. Verificare lo stato e l'avanzamento dei lavori prima di effettuare i pagamenti relativi; 5. Verificare l'esatto adempimento del contratto e/o la conformità delle forniture prima di procedere alla liquidazione e al pagamento delle fatture.
	<b>GESTIONE CASSA ECONOMALE</b>	1. Acquisti con cassa economale; 2. Rendicontazione delle spese economali;	Gestione delle casse economali in maniera non trasparente e verificabile	U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica Responsabile Dott. Gianfranco Ielo	1. Applicazione del Regolamento adottato per gli acquisti economali; 2. Rendicontazione delle spese economali secondo regolamento; 3. Puntuale predisposizione e invio del Conto Giudiziale alla Corte dei Conti.
	<b>GESTIONE MAGAZZINI</b>	1. Carico e scarico della merce ricevuta; 2. Gestione delle rimanenze;	1. Omesso carico della merce ricevuta che, in tal modo, sfugge ad ogni controllo; 2. Omesso scarico della merce consegnata che genera un falso in bilancio; 3. Gestione delle rimanenze in maniera poco trasparente e verificabile.	U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica Responsabile Dott. Gianfranco Ielo  Magazzino Farmaceutico Responsabile Dott.ssa Francesca Afflitto	1. Adozione di un Regolamento che disciplini le modalità di consegna della merce da parte della Ditte e, quindi, di carico e scarico dei beni consegnati; 2. Verifiche a campione da parte dei Responsabili su ciò che viene ordinato e consegnato; 3. Verifiche a fine anno da parte dei Responsabili sulle rimanenze.
<b>GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</b>	<b>REDAZIONE DEL BILANCIO ECONOMICO-PATRIMONIALE</b>	Predisposizione degli atti di bilancio	Possibile violazione della normativa vigente in materia di redazione del bilancio	U.O. Gestione Economiche e Finanziarie Responsabile Dott. Antonio Zappone	Controlli sugli atti del bilancio dal parte del management aziendale e dal Collegio Sindacale

AREE DI RISCHIO	PROCESSI/FASI/ATTIVITA'	FASI/ SOTTOPROCESSI	RISCHI	SERVIZI INTERESSATI E RESPONSABILI	MISURE DA ADOTTARE
	<b>GESTIONE DELLE USCITE</b>	1. Liquidazione fatture; 2. Pagamento fornitori	1. Liquidazione delle fatture senza l'acquisizione della documentazione attestante l'esatta esecuzione della prestazione al fine di favorire soggetti particolari; 2. Liquidazione delle fatture e pagamenti effettuati senza rispettare l'ordine cronologico di arrivo delle fatture per favorire soggetti particolari.	U.O. Gestione Economiche e Finanziarie Responsabile Dott. Antonio Zappone  Provveditorato, Economato e Gestione Logistica Responsabile Dott. Gianfranco Ielo  U.O. Gestione Tecnico Patrimoniale Responsabile Ing. Michela Soriano  Distretto Sanitario Unico Responsabile Dott. Raffaele Bava	1. Regolamento interno per definire in modo unitario l'iter di liquidazione delle fatture; 2. Rispettare l'ordine cronologico di arrivo delle fatture per la liquidazione e il pagamento; 3. Rispettare i termini di scadenza dei pagamenti.
	<b>GESTIONE DELLE ENTRATE</b>	1. Recupero ticket non pagati; 2. Recupero sanzioni non pagate; 3. Gestione contratti attivi (riscossione canoni di locazione); 4. Inventario beni mobili;	1. Mancata attivazione delle procedure di recupero delle somme vantate dall'Azienda al fine di favorire determinati soggetti; 2. Inventario dei beni immobili di proprietà dell'Azienda poco chiaro e trasparente e, quindi, difficilmente verificabile, al fine di favorire determinati locatari; 3. Inventario dei beni mobili poco chiaro e trasparente e, quindi difficilmente verificabile, con la conseguenza che i dipendenti potrebbero facilmente appropriarsi dei beni mobili loro affidati per usi privati o danneggiarli per negligenza.	U.O. Gestione Economiche e Finanziarie Responsabile Dott. Antonio Zappone  U.O. Gestione Tecnico Patrimoniale Responsabile Ing. Michela Soriano  Distretto Sanitario Unico Responsabile Dott. Raffaele Bava	1. Regolamento interno per definire le procedure di recupero dei crediti dell'Azienda; 2. Inventario dettagliato dei beni immobili aziendali e dei locatari da trasmettere al RPCT; 3. Verifica semestrale del pagamento dei canoni di locazione e trasmissione al RPCT dei risultati dei controlli effettuati; 3. Inventario dettagliato dei beni mobili aziendali e dei relativi affidatari, con aggiornamento annuale dei beni dismessi;

AREE DI RISCHIO	PROCESSI/FASI/ATTIVITA'	FASI/ SOTTOPROCESSI	RISCHI	SERVIZI INTERESSATI E RESPONSABILI	MISURE DA ADOTTARE
AFFARI LEGALI	CONTENZIOSO GIUDIZIALE E STRAGIUDIZIALE	1. Rappresentanza legale dell'Azienda in giudizio; 2. Conferimento incarichi professionali di patrocinio legale; 3. Definizione giudiziale delle cause	1. Nomina degli avvocati, per eventuale rappresentanza dell'Azienda in giudizio, effettuata con criteri opportunistici per favorire determinati soggetti; 2. Posizione di conflitto di interesse del legale nominato per avere altri incarichi contro l'ASP;. 3. Gestione opportunistica delle cause per favorire determinati soggetti;	Ufficio Legale Responsabile f.f. Avv. Sabrina Caglioti	1. Applicazione del Regolamento che disciplina il conferimento di incarichi legali ad avvocati esterni; 2. Predisposizione, previa pubblicazione di bando, di un elenco aperto di avvocati tra cui scegliere a rotazione il legale a cui affidare la rappresentanza in giudizio dell'Azienda; 3. Astensione dalla gestione di una causa qualora il legale versi in situazioni di incompatibilità ; 4. Acquisizione, prima del conferimento dell'incarico, della dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità;
		1. Definizione stragiudiziale delle controversie.	Definizione transattiva delle controversie sulla base di criteri opportunistici per favorire determinati soggetti.		Predisposizione di un regolamento che disciplini i casi in cui sia possibile comporre la controversia con un accordo transattivo e le relative modalità di accordo al fine di evitare trattamenti preferenziali.
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONAL E E LISTE DI ATTESA	GESTIONE DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE	Autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia.	1. Concessione di autorizzazione senza previa verifica della sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente; 2. Svolgimento della libera professione intramoenia nell'orario di servizio; 3. Attività ambulatoriale istituzionale inferiore a quella intramoenia; 4. Omessa fatturazione delle prestazioni sanitarie; 5. Omessi versamenti all'Azienda	Ufficio ALPI Responsabile Nicola Nocera	1. Adozione e applicazione di un regolamento ALPI, che disciplini i criteri e le modalità di concessione dell'autorizzazione ad esercitare la libera professione intramoenia; 2. Pubblicazione dell'elenco dei medici che svolgono attività intramoenia con indicazione dei giorni, dell'orario e della tariffa; 3. Controlli sull'orario di svolgimento dell'attività libero professionale al fine di verificare eventuali sovrapposizioni di orario con l'attività istituzionale; 4. Controlli semestrali sul volume dell'attività istituzionale e di quella in intramoenia; 5. Prestazioni in intramoenia prenotate a mezzo CUP o agli sportelli ticket aziendali ; 6. Pagamento della prestazione ticket presso gli sportelli ticket aziendali:

AREE DI RISCHIO	PROCESSI/FASI/ATTIVITA'	FASI/ SOTTOPROCESSI	RISCHI	SERVIZI INTERESSATI E RESPONSABILI	MISURE DA ADOTTARE
	<b>LISTE DI ATTESA</b>	Gestione delle liste di attesa	1. Dirottamento del paziente dalle liste di attesa istituzionali; 2. Incremento fittizio delle liste di attesa istituzionale per favorire la libera professione;	Ufficio ALPI Responsabile Nicola Nocera	1. Controlli semestrali sul volume dell'attività istituzionale e di quella in intramoenia; 2. Controlli semestrali sulle prenotazioni in lista di attesa e sul volume di prestazioni istituzionali effettuate dal medico
<b>RAPPORTI CON STRUTTURE ACCREDITATE O CONVENZIONATE</b>	<b>ACCORDI CONTRATTUALI</b>	ATTIVITA' PRENEGOZIALE: 1. Attività prenegoziale di valutazione e determinazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie non erogate dall'Azienda e da affidare a strutture private accreditate; 2. Attività prenegoziale di valutazione e determinazione del fabbisogno di prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti fragili non erogate dall'Azienda e da affidare a strutture private accreditate:	1. Sottoutilizzo delle risorse umane e strutturali interne all'Azienda per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e assistenziali -residenziali al fine di avvantaggiare determinate strutture private accreditate; 2. Analisi dei bisogni non coerente con le effettive necessità.	Distretto Sanitario Unico di Vibo Valentia Responsabile Dott. Raffaele Bava	1. Pianificazione delle prestazioni sanitarie e assistenziali residenziali effettivamente erogabili dall'Azienda, tenendo conto delle risorse umane e strumentali disponibili; 2. Verifica semestrale delle prestazioni sanitarie e assistenziali residenziali erogate dalle singole unità operative responsabili e raffronto con quelle pianificate; 3. Analisi delle ragioni per cui le prestazioni programmate non sono state eventualmente erogate.
		ATTIVITA' NEGOZIALE: 1. stipulazione dei contratti con le strutture accreditate; 2. Esecuzione degli accordi contrattuali, liquidazione delle fatture e pagamenti.	1. Mancata previsione di clausole risolutive del contratto qualora vengano meno i requisiti per l'accreditamento o si riscontrino irregolarità o anomalie quali-quantitative nell'erogazione delle prestazioni contrattualizzate. 2. Assenza di controlli periodici sulle prestazioni erogate dalle strutture accreditate al fine di verificarne la congruità con gli accordi contrattuali sia dal punto della tipologia sia dal punto di vista quantitativo; 3. Omesso controllo sulla corrispondenza quantitativa tra le prestazioni fatturate e quelle previste dagli accordi contrattuali; 4. Irregolarità nelle liquidazioni al fine di avvantaggiare determinati soggetti:	Distretto Sanitario Unico di Vibo Valentia Responsabile Dott. Raffaele Bava	1. Controlli periodici sulla tipologia e qualità delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate con cui sono stati stipulati accordi contrattuali 2. Controlli sulle prestazioni erogate al fine di verificarne la corrispondenza numerica e qualitativa con quelle oggetto di accordi contrattuali; 3. Liquidazione delle fatture e pagamenti in ordine cronologico di arrivo e nel rispetto delle scadenze

AREE DI RISCHIO	PROCESSI/FASI/ATTIVITA'	FASI/ SOTTOPROCESSI	RISCHI	SERVIZI INTERESSATI E RESPONSABILI	MISURE DA ADOTTARE
ATTIVITA' CORRELATE AI DECESSI	GESTIONE DEI DECESSI IN AMBITO OSPEDALIERO	Gestione dei pazienti deceduti e delle camere mortuarie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Segnalazione tempestiva di un decesso ad una determinata impresa funebre da parte degli addetti alle camere mortuarie o da parte del personale delle unità operative sanitarie in cambio di una percentuale sui guadagni;</li> <li>2. Suggerimento ai parenti da parte degli addetti alle camere mortuarie o da parte del personale delle unità operative sanitarie del nominativo di una determinata impresa funebre in cambio di una percentuale sui guadagni;</li> <li>3. Richiesta e/o accettazione di compensi o altre utilità in cambio delle prestazioni rientranti nelle proprie mansioni a seguito del decesso di un paziente</li> </ol>	Direzioni Sanitarie di Presidio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rotazione del personale addetto alle camere mortuarie;</li> <li>2. Direttive che regolamentino le mansioni degli addetti alle camere mortuarie;</li> <li>3. Verifica periodica sui nominativi delle imprese funebri chiamate dai parenti dei defunti.</li> </ol>

## TABELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI TRIENNIO 2022/2024

AREE DI RISCHIO	PROCESSO/FASI/ATTIVITA'	Grado di discrezionalità	Livello di interesse esterno	Complessità del processo	Valore economico dell'esito del processo	Frazionabilità del processo	Presenza di controlli	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nell'elaborazione, aggiornamento e monitoraggio del PTPCT	Grado di attuazione delle misure di trattamento	Presenza di precedenti giudiziari e/o di procedimenti disciplinari a carico di dipendenti dell'Azienda	Segnalazioni pervenute	Ulteriori dati in possesso dell'Azienda	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Reclutamento del personale a tempo determinato e/o a tempo indeterminato: 1. concorso/avviso pubblico; 2. mobilità; 3. utilizzo graduatorie altre aziende 4. Reclutamento personale appartenente alle categorie protette	M	A	M	A	M	B	B	A	NO	NO	NO	A	Il processo ha un alto livello di interesse esterno e un alto valore economico per i destinatari. Il rischio è stato valutato ALTO.

AREE DI RISCHIO	PROCESSO/FASI/ATTIVITA'	Grado di discrezionalità	Livello di interesse esterno	Complessità del processo	Valore economico dell'esito del processo	Frazionabilità del processo	Presenza di controlli	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nell'elaborazione, aggiornamento e monitoraggio del PTPCT	Grado di attuazione delle misure di trattamento	Presenza di precedenti giudiziari e/o di procedimenti disciplinari a carico di dipendenti dell'Azienda	Segnalazioni pervenute	Ulteriori dati in possesso dell'Azienda	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE
	Progressioni di carriera: 1.fase retributive; 2. selezioni interne; 3. incarichi sanitari di coordinamento e incarichi di funzione; 4. incarichi dirigenziali ad esclusione degli incarichi di struttura complessa.	M	B	M	M	B	B	B	A	NO	NO	NO	M	Il processo ha un livello medio di discrezionalità, un valore economico medio per i destinatari e un alto grado di attuazione delle misure di prevenzione. Il rischio è stato valutato MEDIO.
INCARICHI E NOMINE	Conferimento di incarichi dirigenziali di Struttura Complessa	M	B	B	M	B	B	B	A	NO	SI	SI	M	Il processo ha un livello medio di discrezionalità, un valore economico medio per i destinatari e un alto grado di attuazione delle misure di prevenzione. Il rischio è stato valutato MEDIO.
	Conferimento di incarichi dirigenziali ex art. 15 septies D.Lgs. 502/1992	M	M	B	M	B	B	B	A	NO	NO	NO	M	Il processo ha un livello medio di discrezionalità, un valore economico medio per i destinatari e un alto grado di attuazione delle misure di prevenzione. Il rischio è stato valutato MEDIO.
	Conferimento incarichi a personale sanitario convenzionato: MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali, Medici di Continuità Assistenziale	B	A	B	A	B	M	B	M	NO	NO	NO	M	Il processo ha un livello basso di discrezionalità, un alto interesse esterno e un valore economico alto per i destinatari . Il rischio è stato valutato MEDIO.
CONTRATTI PUBBLICI	Programmazione: Definizione del Piano Annuale degli Acquisti per definire i fabbisogni annuali	A	M	M	M	B	M	B	M	NO	NO	NO	M	Il processo ha un livello alto di discrezionalità, un medio interesse esterno e un valore economico medio per i destinatari . Medio è il grado dei controlli e di applicazione delle misure di prevenzione. Il rischio è stato valutato MEDIO.

AREE DI RISCHIO	PROCESSO/FASI/ATTIVITA'	Grado di discrezionalità	Livello di interesse esterno	Complessità del processo	Valore economico dell'esito del processo	Frazionabilità del processo	Presenza di controlli	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nell'elaborazione, aggiornamento e monitoraggio del PTPCT	Grado di attuazione delle misure di trattamento	Presenza di precedenti giudiziari e/o di procedimenti disciplinari a carico di dipendenti dell'Azienda	Segnalazioni pervenute	Ulteriori dati in possesso dell'Azienda	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE
	<b>Progettazione:</b> 1. Nomina del Responsabile del Procedimento; 2. Individuazione degli elementi essenziali del contratto; 3. Determinazione dell'importo del contratto; 4. Scelta della procedura di aggiudicazione del contratto; 5. Predisposizione degli atti di gara: bando, capitolato tecnico e disciplinare; 6. Definizione dei criteri di partecipazione; 7. Definizione del criterio di aggiudicazione e di attribuzione del punteggio.	A	A	B	A	B	M	B	M	NO	NO	NO	A	La fase di progettazione ha un'alta discrezionalità, un alto interesse esterno e un alto valore economico. La normativa vigente in materia è complessa e ciò potrebbe favorirne un'applicazione distorta. Per queste ragioni il rischio è stato valutato ALTO.
	<b>Selezione contraente:</b> 1. Pubblicazione del Bando; 2. Fissazione termine per la presentazione delle offerte; 3. Determinazione modalità presentazione offerte; 4. Custodia della documentazione di gara; 5. Nomina della Commissione di gara; 6. Verifica dei requisiti specifici e generali di partecipazione alla gara; 7. Valutazione dell'offerta tecnica e dell'offerta economica; 8. Valutazione di eventuali anomalie delle offerte; 9. Aggiudicazione provvisoria.	A	A	M	A	B	M	B	M	NO	NO	NO	A	La fase di selezione del contraente è disciplinata in modo complesso e, a seconda della procedura scelta, il grado di discrezionalità varia. Per tale ragione si ritiene che il grado di discrezionalità sia alto. Alto interesse è esterno e alto valore è il valore economico. Per queste ragioni il rischio è stato valutato ALTO.

AREE DI RISCHIO	PROCESSO/FASI/ATTIVITA'	Grado di discrezionalità	Livello di interesse esterno	Complessità del processo	Valore economico dell'esito del processo	Frazionabilità del processo	Presenza di controlli	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nell'elaborazione, aggiornamento e monitoraggio del PTPCT	Grado di attuazione delle misure di trattamento	Presenza di precedenti giudiziari e/o di procedimenti disciplinari a carico di dipendenti dell'Azienda	Segnalazioni pervenute	Ulteriori dati in possesso dell'Azienda	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE
	<b>VERIFICA, AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO:</b> 1. Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto; 2. Comunicazioni riguardanti le eventuali esclusioni; 3. Formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva; 4. Comunicazione dell'aggiudicazione definitiva; 5. Stipula del contratto nei termini di legge.	M	A	B	A	B	M	B	M	NO	NO	NO	M	Il procedure relative a questo processo, oltre ad essere disciplinate in modo analitico, sono una diretta conseguenza degli atti compiuti nelle fasi precedenti. Per questo il rischio è stato classificato MEDIO.
	<b>ESECUZIONE DEL CONTRATTO:</b> 1. Nomina del Direttore dell'Esecuzione del Contratto; 2. Autorizzazione al subappalto; 4. Approvazione delle modifiche del contratto originario; 5. Ammissione delle varianti in corso d'opera; 6. Verifica dello stato di avanzamento dei lavori; 7. Autorizzazione al pagamento in corso di esecuzione del contratto in base all'avanzamento dei lavori;	A	A	B	A	B	B	B	B	NO	NO	NO	A	In questa fase la discrezionalità, l'interesse esterno e il valore economico sono alti a fronte di bassi controlli e bassa applicazione delle misure di prevenzione. Il rischio, pertanto, è stato qualificato ALTO.
	<b>GESTIONE CASSA ECONOMALE:</b> 1. Acquisti con cassa economale; 2. Rendicontazione delle spese economali;	B	M	B	M	B	M	B	M	NO	NO	NO	M	Oltre alla normativa vigente, un regolamento interno disciplina la gestione delle casse economali. La discrezionalità, pertanto, è bassa, mentre il valore economico e l'interesse esterno sono di un livello medio. Il rischi, pertanto, è stato qualificato MEDIO.

AREE DI RISCHIO	PROCESSO/FASI/ATTIVITA'	Grado di discrezionalità	Livello di interesse esterno	Complessità del processo	Valore economico dell'esito del processo	Frazionabilità del processo	Presenza di controlli	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nell'elaborazione, aggiornamento e monitoraggio del PTPCT	Grado di attuazione delle misure di trattamento	Presenza di precedenti giudiziari e/o di procedimenti disciplinari a carico di dipendenti dell'Azienda	Segnalazioni pervenute	Ulteriori dati in possesso dell'Azienda	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE
	<b>GESTIONE MAGAZZINI:</b> 1. Carico e scarico della merce ricevuta; 2. Gestione delle rimanenze;	A	M	B	A	M	M	B	M	NO	NO	NO	M	La discrezionalità e il valore economico sono alti, medio è il livello di interesse esterno e dei controlli. Il rischio è stato valutato MEDIO.
GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA	<b>REDAZIONE DEL BILANCIO ECONOMICO-PATRIMONIALE:</b> Predisposizione degli atti di bilancio	A	A	M	A	B	M	B	M	NO	NO	NO	A	La redazione del bilancio è disciplinata in modo analitico, ciò nonostante il livello di discrezionalità è alto. Sono altresì alti l'interesse esterno e il valore economico, in quanto dalle risultanze del bilancio dipendono la solidità economica e l'efficacia e l'efficienza dell'Azienda. Il rischio è stato valutato ALTO.
	<b>GESTIONE DELLE USCITE:</b> 1. Liquidazione fatture; 2. Pagamento fornitori.	A	A	B	A	M	M	B	M	NO	NO	NO	A	La liquidazione delle fatture è un procedimento altamente discrezionale, e alti sono l'interesse esterno e il rilievo economico. Il rischio è stato qualificato ALTO.
	<b>GESTIONE DELLE ENTRATE:</b> 1. Recupero ticket non pagati; 2. Recupero sanzioni non pagate; 3. Gestione contratti attivi (riscossione canoni di locazione); 4. Inventario beni mobili;	A	M	B	A	B	B	B	B	NO	NO	NO	M	La discrezionalità e il valore economico sono alti, medio è l'interesse esterno. Il rischio è stato valutato MEDIO.
AFFARI LEGALI	<b>CONTENZIOSO GIUDIZIALE E STRAGIUDIZIALE:</b> 1. Rappresentanza legale dell'Azienda in giudizio; 2. Conferimento incarichi professionali di patrocinio legale;	A	A	B	A	B	M	B	M	NO	NO	NO	M	La discrezionalità del processo è alta e alti sono gli interessi esterni e il valore economico. Tuttavia essendo stato istituito un elenco aperto di legali a cui conferire gli incarichi a rotazione, il rischio è stato qualificato MEDIO.

AREE DI RISCHIO	PROCESSO/FASI/ATTIVITA'	Grado di discrezionalità	Livello di interesse esterno	Complessità del processo	Valore economico dell'esito del processo	Frazionabilità del processo	Presenza di controlli	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nell'elaborazione, aggiornamento e monitoraggio del PTPCT	Grado di attuazione delle misure di trattamento	Presenza di precedenti giudiziari e/o di procedimenti disciplinari a carico di dipendenti dell'Azienda	Segnalazioni pervenute	Ulteriori dati in possesso dell'Azienda	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE
	<b>CONTENZIOSO GIUDIZIALE E STRAGIUDIZIALE:</b> 3. Definizione giudiziale delle cause; 4. Definizione stragiudiziale delle controversie	A	A	B	A	M	B	B	B	NO	NO	NO	A	La discrezionalità, l'interesse esterno e il valore economico sono alti. Dal momento che manca ancora un regolamento per determinare i criteri e le modalità da adottare per transigere le controversie, il rischio è stato qualificato ALTO.
<b>ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA</b>	<b>GESTIONE DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE :</b> Autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia;	B	A	B	M	B	M	B	B	NO	NO	NO	M	E' stato adottato un regolamento, conforme alla normativa vigente, con cui sono stati disciplinati il conferimento dell' autorizzazione a svolgere attività intramoenia e le modalità di svolgimento dell'attività medesima. Per questo il rischio è stato qualificato MEDIO.
	<b>LISTE DI ATTESA:</b> Gestione delle liste di attesa	A	A	B	A	M	M	B	M	NO	NO	NO	A	La procedura è regolamentata, tuttavia, l'alta discrezionalità, l'alto interesse esterno e l'alto interesse economico, uniti a controlli medi e a un livello medio di attuazione delle misure, fanno sì che il livello di rischio sia ALTO.
<b>RAPPORTI CON STRUTTURE ACCREDITATE O CONVENZIONATE</b>	<b>ACCORDI CONTRATTUALI :</b> <b>ATTIVITA' PRENEGOZIALE:</b> 1. Attività prenegoziale di valutazione e determinazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie non erogate dall'Azienda e da affidare a strutture private accreditate; 2. Attività prenegoziale di valutazione e determinazione del fabbisogno di prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti fragili non erogate dall'Azienda e da affidare a strutture private accreditate:	A	A	B	A	B	M	B	B	NO	NO	NO	M	La discrezionalità, l'interesse esterno e il valore economico sono alti ma, nella fase prenegoziale non hanno effetti immediati e diretti, pertanto il rischio è stato valutato MEDIO.

AREE DI RISCHIO	PROCESSO/FASI/ATTIVITA'	Grado di discrezionalità	Livello di interesse esterno	Complessità del processo	Valore economico dell'esito del processo	Frazionabilità del processo	Presenza di controlli	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nell'elaborazione, aggiornamento e monitoraggio del PTPCT	Grado di attuazione delle misure di trattamento	Presenza di precedenti giudiziari e/o di procedimenti disciplinari a carico di dipendenti dell'Azienda	Segnalazioni pervenute	Ulteriori dati in possesso dell'Azienda	GIUDIZIO SINTETICO	MOTIVAZIONE
	<b>ATTIVITA' NEGOZIALE:</b> 1. Stipulazione dei contratti con le strutture accreditate; 2. Esecuzione degli accordi contrattuali, liquidazione delle fatture e pagamenti	A	A	B	A	B	M	B	B	NO	NO	NO	A	Nonostante vi sia una normativa regionale e nazionale che disciplina il processo, tuttavia la discrezionalità è alta ed alti sono gli interessi esterni e il valore economico, a fronte di bassi controlli e bassa applicazione delle misure di prevenzione. Per questo il rischio è stato qualificato ALTO.
<b>ATTIVITA' CORRELATE AI DECESSI</b>	<b>GESTIONE DEI DECESSI IN AMBITO OSPEDALIERO:</b> Gestione dei pazienti deceduti e delle camere mortuarie	A	A	B	A	B	B	B	B	NO	NO	NO	A	Pur essendoci una normativa che la disciplina in modo analitico, la procedura è ad alta discrezionalità, ad alto interesse esterno ed ha un alto valore economico. Il rischio, pertanto è notoriamente ALTO.

## **P A R E R E   D I R E T T O R E   A M M I N I S T R A T I V O**

Sulla proposta n. 683/2022 dell' Unità UFFICIO TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE ad oggetto: ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA- TRIENNIO 2022/2024 si esprime parere favorevole in merito all'adozione della deliberazione.

Vibo Valentia, 28/04/2022

**Il Direttore Amministrativo Aziendale**

Dott. TRIPODI ELISABETTA ROSA

(Sottoscritto digitalmente ai sensi  
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

**P A R E R E D I R E T T O R E S A N I T A R I O**

Sulla proposta n. 683/2022 dell' Unità UFFICIO TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE ad oggetto: ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA- TRIENNIO 2022/2024 si esprime parere favorevole in merito all'adozione della deliberazione.

Vibo Valentia, 28/04/2022

**Il Referente Sanitario Aziendale**

Dott. TALESA ANTONIO

(Sottoscritto digitalmente ai sensi  
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

**DELIBERA N. 608 DEL 28/04/2022**

**OGGETTO:** ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA  
CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA- TRIENNIO 2022/2024

La presente Delibera viene pubblicata all'Albo Pretorio on-line dell'Azienda Sanitaria di Vibo  
Valentia in data 28/04/2022 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

Vibo Valentia, 28/04/2022

**Il Funzionario Incaricato**  
Dott.ssa PALERMO ELEONORA  
(Sottoscritto digitalmente ai sensi  
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

**Dichiarazione di conformità della copia informatica**

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni, è copia conforme  
informatica del documento sottoscritto con firma digitale, predisposto e conservato presso l'Azienda  
Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia.

**Il Funzionario Incaricato**  
Dott.ssa PALERMO ELEONORA  
(Sottoscritto digitalmente ai sensi  
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)