



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

IL DIRETTORE GENERALE

N. 1043 DEL 30 OTT. 2020

PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente delibera è stata:
-affissa all'albo pretorio on-line di questa Azienda
Ospedaliera il _____

e spedita per i provvedimenti di competenza al :

-Collegio Sindacale

Con prot. n. _____ del _____

-Giunta Regionale

Con prot. n. _____ del _____

Il Responsabile

L'anno duemilaventi il giorno 30 OTT. 2020 del
mese di 30 OTT. 2020, nella sede
dell'Azienda Ospedaliera S. Giuseppe Moscati – Avellino,
il Direttore Generale, Dott. Renato PIZZUTI, nominato
con D.G.R.C. n. 112 dell' 8/08/2019, coadiuvato dal
Direttore Amministrativo Dr. Germano PERITO e dal
Direttore Sanitario Dr. Rosario LANZETTA, ha assunto il
seguinte provvedimento:

OGGETTO

AGGIORNAMENTO DEL PIANO TRIENNALE
DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
E DELLA TRASPARENZA 2020-2022 (Rel. 1.2)

La presente delibera è diventata esecutiva:

per il decorso termine di giorni dieci dalla data di
pubblicazione all'albo di questa A. O. ai sensi dell'art. 35,
Comma 6, L.R.C. n. 32/94.

per il decorso termine di giorni 40 ai sensi dell'art. 35,
Commi 4 e 5, della L.R.C. n. 32/94.

per approvazione da parte della Giunta Regionale con
delibera n. _____ del _____ ai sensi
dell'Art 35 L.R.C. 32/94

Avellino, _____

Alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonchè per espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa a mezzo sottoscrizione della presente, il Responsabile Prevenzione Anticorruzione e Trasparenza, dott. Vittorino Tecce

OGGETTO : AGGIORNAMENTO DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2020-2022 (Rel. 1.2)

PREMESSO - che con l'adozione della L. 190 del 6/11/2012 "*Disposizioni sulla prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella Pubblica Amministrazione*", è stata presa in considerazione da punto legislativo-normativo la "Corruzione" introducendo nell'ordinamento italiano numerosi strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo e sono stati individuati nella P.A. i soggetti preposti a mettere in atto iniziative in materia, prevedendo un continuo monitoraggio delle attività della P.A. con particolare attenzione a quelle potenzialmente esposte a fenomeni corruttivi.

- che l'A.O.R.N. "San Giuseppe Moscati" di Avellino con la delibera n. 114/2020 "Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (2020-2022) ai sensi della legge n. 190/2012", ha adottato il sopra citato Piano ;

- che a seguito della entrata in vigore del c.d. "**Decreto Milleproroghe**" n. 162 del 30/12/2019, coordinato con la legge di bilancio 2020, l'Azienda Ospedaliera "San Giuseppe Moscati" di Avellino ha colto l'occasione non solo per procedere ad una revisione della sezione Trasparenza del Piano anticorruzione, ma di tutto il piano adottato con **deliberazione del Direttore Generale n. 114 del 7 febbraio 2020**, dal momento che *si è passati da un sistema di tipo "quantitativo" di rischio corruttivo ad un sistema di tipo "qualitativo", che ha rappresentato la vera novità del c.d. allegato 1 al PNA 2019 e per tali motivi, è necessario aggiornare il PTPCT adottato*, in modo da proseguire l'attività di adeguamento alla normativa anticorruzione messa in atto fino ad oggi e, al tempo stesso, rideterminare, alla luce dei nuovi indicatori e fattori abilitanti, il rischio corruttivo di tutte le aree (medica e amministrativa) e quindi dei relativi procedimenti in esse inclusi.

- che con delibera n. 743 del 31 luglio 2020 si è provveduto allo "**AGGIORNAMENTO DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (2020-2022)**", in linea di continuità e ad integrazione/aggiornamento del precedente Piano, alla luce delle innovazioni introdotte dalla Legge 120/2020 di conversione del D.legge "*Semplificazioni*", in particolare considerando una modifica apportata alla legge 241/1990, relativa alla pubblicazione dei tempi effettivi di conclusione del procedimento .

VISTA la legge 190/12 , nonché i richiamati decreti attuativi della suddetta legge (D.lgs. 97/2016, che ha modificato il D.lgs.n. 33/2013, DPR n. 62/2013, D.L. n.101/2013 convertito in L. n.125/2013, D.L. n. 90/2014 convertito in L. n.114/2014 e la Legge n.124 del 2015) nonché l'ulteriore contesto giuridico di riferimento : D.Lg.vo 31 dicembre 2012, n. 235; D.Lg.vo 14 marzo 2013, n. 33; D.Lg.vo 8 aprile 2013, n. 39; Decreto n. 62 del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013; D.L. 90/2014, convertito in L.114/2014; Legge n.69 del 27 maggio 2015; D.lgs. n. 97 del 23 maggio 2016; Determinazioni ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 di aggiornamento al PNA e n. 831 del 3 agosto 2016 di approvazione del PNA 2016; Del. n. 833 del 3 agosto 2016 di approvazione; Delibere ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 di approvazione del PNA 2017, n. 1074 del 21 novembre 2018 di approvazione del PNA 2018, ANAC n. 1064 del 2 ottobre 2019 di approvazione del nuovo PNA 2019; Del. n. 1310 del 28 dicembre 2016, sulle "*prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. n. 33/13, come modificato dal d.lgs. n. 97/16*"; Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 recante gli obblighi in materia di accesso civico; Regolamenti ANAC: del 16/11/2016, pubblicato in G. U. n. 284 del 5/12/2016; n. 328 del 29 marzo 2017 n. 330 del 29 marzo 2017; *Regol. del 24/10/2018*; Circolare n. 2 /2017 del Dipartimento della Funzione pubblica; Circolare n. 1/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica; Linea guida ANAC n. 358 del 29 marzo 2017 per l'adozione del Codice di Comportamento negli enti appartenenti al SSN; Determinazione ANAC n. 241 del 8 marzo 2017 sulle "*linee guida recanti indicazioni sugli obblighi di pubblicazione ...*" Delibera ANAC n. 586 del 26/06/2019 : "*Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019*". Delibera ANAC n. 1126 /2019 di sospensione della delibera ANAC n. 586/2019; Circolare n.1 /2019 del Ministro della pubblica amministrazione; Linea guida ANAC n. 15 del 5 giugno recanti "*sul Conflitto di interessi*"; Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 in materia di Codice di Comportamento delle pubbliche amministrazione; La c.d legge "**Spazza corrotti**" **9/01/2019 n. 3; Decreto Mille proroghe** (art 1 c. 7 d.l. n. 162/2019); **Art 1 c. 163 Legge di stabilità per il 2020 n. 160/2019.**

VISTO il PNA adottato con delibera ANAC n. 1064 del 10/11/2019 nonché la Legge n. 120 dell'11 settembre 2020, n. 120 "Conversione in legge, con modificazioni, del *decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76*, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale".

ATTESO che nella logica delle sopra richiamate disposizioni legislative mirate a normare la materia della trasparenza e prevenzione della corruzione viene a delinearsi un sistema articolato, in continua evoluzione, che con il presente aggiornamento si tendere al miglioramento della trasparenza amministrativa, nell'ottica di un uso ottimale delle risorse pubbliche, tendente a realizzare azioni efficienti ed efficaci con procedure chiare, trasparenti ed intelleggibili da parte del cittadino, così tendendo a scongiurare la corruzione e la cattiva amministrazione, garantendo un maggior grado di soddisfazione da parte degli utenti.

CONSIDERATO che, per tutto quanto sopra premesso e richiamato, è necessario effettuare ulteriore aggiornamento del Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza-Triennio 2020-2022 (approvato con del.n.114/2020) con il recepimento degli ulteriori adempimenti previsti dalla legislazione in materia e, precisamente, alla luce della Legge n. 120 dell'11 settembre 2020, n. 120 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale". e dalle prescrizioni A.N.A.C. , nonché in armonizzazione con il Piano Nazionale Anticorruzione ANAC adottato con delibera n. 1064/2019, alla introduzione di ulteriori quattro indicatori nelle Griglie relative alla Mappatura dei processi, al fine di una valutazione: Coerentemente all'approccio qualitativo i criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio (key risk indicators) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti alla luce degli indicatori di seguito indicati, da aggiungere nella griglia : **a) Numero di procedimenti disciplinari e penali a carico dei dipendenti;** **b) Grado di accentramento del processo decisionale in capo alla persona apicale;** **c) Grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfacimento della utenza esterna;** **d) La trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati.** Una volta definiti gli indicatori, a ciascuno dovrà essere assegnato un valore compreso tra "Basso, Medio, Alto (misurazione del valore attribuito) con **una concisa valutazione**, alla luce dei nuovi criteri, che consentirà di svelare il livello di esposizione a rischio complessivo (vecchi e nuovi indicatori) del processo mappato, con conseguente rivalutazione delle misure che si intendono attuare.

RITENUTO che l'impegno del R.P.C.T. dell'Azienda Ospedaliera "San Giuseppe Moscati" deve essere quello di aggiornare e, quindi, aggiornare il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sia alla vigente normativa che alle direttive A.N.A.C., nonché alla luce dell'analisi delle criticità emerse in ambito aziendale e, quindi, "declinare" le misure specifiche da adottare al fine di prevenire eventuali fenomeni corruttivi nonché mancanza di trasparenza dell'azione amministrativa .

RAVVISATA, pertanto, la necessità di addivenire all'ulteriore "AGGIORNAMENTO DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2020-2022 (Rel. 1.2)", allegando allo stesso anche le Griglie relative alla Mappatura dei Rischi elaborate dalle varie strutture componenti l'Azienda, aggiornate ad Agosto 2020, quale parte sostanziale ed integrante del presente atto, e dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile onde rispettare i termini previsti dall'ANAC e dalla rinnovata normativa al fine di garantire la tempestiva messa in atto delle misure previste nell'AGGIORNAMENTO del Piano.

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Per quanto in premessa, che qui si intende integralmente riportato:

Adottare l'AGGIORNAMENTO DEL PIANO ANTICORRUZIONE 2020-2022 (Rel. 1.2), con allegate Griglie relative alla Mappatura del Rischio, anche alla luce della Legge n. 120 dell'11 settembre 2020, n. 120 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale", che si allega al presente atto quale parte sostanziale ed integrante;

disporre la pubblicazione dell'Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2020-2022 (Rel. 1.2) sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera nella sezione Amministrazione Trasparente, unitamente alle Griglie relative alla Mappatura del Rischio;

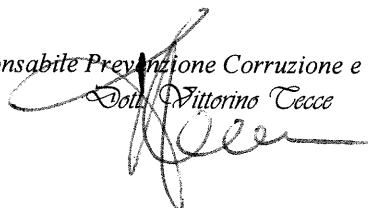
dare atto che il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità triennio 2020-2022 è una sezione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione triennio 2020-2022 dell'Azienda;

dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, stante la necessità di garantire il rispetto della scadenza normativamente prevista e la tempestiva attuazione delle misure previste nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2020-2022, compresa la sezione relativa al Programma Triennale per la Trasparenza;

disporre la pubblicazione, a cura della U.O. S.I.A., dell' "AGGIORNAMENTO DEL PIANO ANTICORRUZIONE 2020-2022 (Rel. 1.2)", con allegate Griglie relative alla Mappatura del Rischio sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera, nella sezione Amministrazione Trasparente, al fine di una massima diffusione;

trasmettere, a cura della U.O.C. Affari Generali, il presente atto al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, alla Direzione Sanitaria ospedaliera, al Collegio Sindacale, all'O.I.V. ai Capo-Dipartimento. a tutte le UU.OO.CC. , UU.OO. ed UU.OO.SS.DD. dell'Azienda .

Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza

Dott. Vittorino Cecce


IL DIRETTORE GENERALE

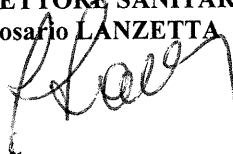
Sentito il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

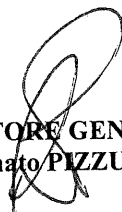
Alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge e che qui si intendono integralmente riportati, nonchè per espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa a mezzo sottoscrizione della presente, il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, dott. Vittorino Tecce, con la sottoscrizione della proposta che precede

- **Adottare l'AGGIORNAMENTO DEL PIANO ANTICORRUZIONE 2020-2022 (Rel. 1.2), con allegate Griglie relative alla Mappatura del Rischio, anche alla luce della Legge n. 120 dell'11 settembre 2020, n. 120 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale", che si allega al presente atto quale parte sostanziale ed integrante;**
- **disporre la pubblicazione dell'Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2020-2022 (Rel. 1.2) sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera nella sezione Amministrazione Trasparente, unitamente alle Griglie relative alla Mappatura del Rischio;**
- **dare atto che il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità triennio 2020-2022 è una sezione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione triennio 2020-2022 dell'Azienda;**
- **dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, stante la necessità di garantire il rispetto della scadenza normativamente prevista e la tempestiva attuazione delle misure previste nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2020-2022, compresa la sezione relativa al Programma Triennale per la Trasparenza;**
- **disporre la pubblicazione, a cura della U.O. S.I.A., dell' "AGGIORNAMENTO DEL PIANO ANTICORRUZIONE 2020-2022 (Rel. 1.2)", con allegate Griglie relative alla Mappatura del Rischio sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera, nella sezione Amministrazione Trasparente, al fine di una massima diffusione;**
- **trasmettere, a cura della U.O.C. Affari Generali, il presente atto al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, alla Direzione Sanitaria ospedaliera, al Collegio Sindacale, all'O.I.V., ai Capo-Dipartimento, a tutte le UU.OO.CC., UU.OO. ed UU.OO.SS.DD. dell'Azienda.**

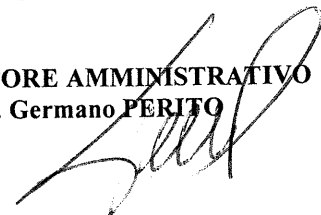
IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Rosario LANZETTA



IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Renato PIZZUTI



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr. Germano PERITO





SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

Contrada Amoretta , 83100-Avellino

AGGIORNAMENTO PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2020- 2022 (Rel. 1.2)



Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

dr. Vittorino Tecce (*deliberazione di nomina n. 929 del 10 ottobre 2019*)



Sommario

1. PREMessa	5
2. 2. CONTESTO GIURIDICO	6
3. 3. OBIETTIVI E LIMITI	8
4. 4. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA : COMPITI E FUNZIONI	8
5. 5. SOGGETTI COINVOLTI NELLA LOTTA ALLA CORRUZIONE	10
6. 5.1 LA DIREZIONE STRATEGICA DEVE:.....	10
7. 5.2 L' OIV	11
8. 5.3 UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI.....	11
9. 5.4 COMPOSIZIONE DELL'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI :	11
10. 5.5 IL RASA.....	12
11. 5.6 IL GESTORE ANTIRICICLAGGIO	12
12. 6 ANALISI DEL CONTESTO.....	13
13. 6.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO.....	13
14. 6.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	13
15. 7. MISSION.....	14
16. 8. IL NUOVO SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO.....	16
17. 8.1 L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	16
18. 8.2 L'ANALISI DEL RISCHIO.....	17
19. 8.3 SCELTA DELL'APPROCCIO VALUTATIVO	17
20. 8.4 INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE	17
21. 8.5 LA PONDERAZIONE DEL RISCHIO	18
22. 9. IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE DI CONTRASTO	18
23. 9.1 M01) ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA TRASPARENZA.....	18
24. 9.2 M02) IL CODICE DI COMPORTAMENTO	19
25. 9.3 M03) INFORMATIZZAZIONE PROCESSI E MONITORAGGIO DEI TERMINI PROCEDIMENTALI ...	21
26. 9.4 M04) MISURA RELATIVA ALLA INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI CONFLITTO DI INTERESSI ...	21
27. 9.5 M05) INCONFERIBILITÀ / INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI O DI VERTICE AMMINISTRATIVI.....	24
28. 9.6 M06) INCARICHI D'UFFICIO , ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA – ISTITUZIONALI VIETATI AI DIPENDENTI.....	28



29. 9.7 M07) FORMAZIONI DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI , CONFERIMENTO DI INCARICHI	29
30. 9.8 M08) IL WHISTLEBLOWING	30
31. 9.9 M09) IL PATTO DI INTEGRITÀ	32
32. 9.10 M10) LA FORMAZIONE	32
33. 9.11 M11) LA ROTAZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA DEL PERSONALE	33
34. 9.12 M12) IL DIVIETO DI PANTOUFLAGE	35
35. 10 IL MONITORAGGIO E IL RIESAME	36
36. 11 PIANO DELLA PERFORMANCE/ OBIETTIVI STRATEGICI/PTPCT.....	38
37. 12 LA TRASPARENZA AMMINISTRATIVA	39
38. 12.1 FINALITA' TRASPARENZA	39
39. 12.2 ACCESSO AGLI ATTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	39
40. 12.3 MISURE PER GARANTIRE LA EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO	42
41. 12.4 OBBLIGO DI RISPOSTA DELLA P.A.....	43
42. 12.5 LA TRASPARENZA NEL SETTORE SANITARIO : GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE RICADENTI SULL'AZIENDA OSPEDALIERA	46
43. 13 ATTI SOGGETTI ALL'OBBLIGO DI PUBBLICAZIONE.....	47
44. 14 ASSETTO AZIENDALE: DIPARTIMENTI, UU.OO.CC. E UU.OO.....	52
45. 15. REGOLE PROCEDURALI DI RESPONSABILIZZAZIONE	56
46. 16. TUTELA DEI DATI PERSONALI	56
47. 17. GRIGLIE 2020	56



1. Premessa

A seguito della entrata in vigore del c.d. decreto mille-proroghe e della legge di bilancio 2020, l' Azienda Ospedaliera S. Giuseppe Moscati ha colto l' occasione non solo per procedere ad una revisione della sezione Trasparenza del Piano anticorruzione, ma di tutto il piano adottato con **deliberazione del Direttore Generale n. 114 del 7 febbraio 2020**, dal momento che, ad un quadro normativo già di per sé complesso e ricco di novità, va aggiunto il passaggio a cura del nuovo PNA 2019 da un sistema di tipo “ quantitativo” di rischio corruttivo ad un sistema di tipo “ qualitativo”, che ha rappresentato la vera novità del c.d. allegato I al PNA 2019.

Per tali motivi, la scelta fatta dall' Azienda è stata quella di sfruttare il regime intertemporale previsto dall' Allegato I al PNA 2019 e aggiornare il PTPCT adottato, in modo da proseguire l'attività di adeguamento alla normativa anticorruzione messa in atto fino ad oggi e, al tempo stesso, rideterminare, alla luce dei nuovi indicatori e fattori abilitanti, il rischio corruttivo di tutte le aree (medica e amministrativa) e quindi dei relativi procedimenti in esse inclusi.

In linea di continuità con l'esperienza già avviata dal RPCT dell' Azienda Ospedaliera “San Giuseppe Moscati”, il presente piano da un lato, replicherà le misure di prevenzione già previste nel pregresso piano, al fine di consentire agli uffici dirigenziali di dare esecuzione alle prescrizioni in esso contenute e ad oggi ancora importanti, dall'altro, si caratterizzerà per la implementazione di quelle stesse misure in termini di “azione concreta da intraprendere” nella strategia corruttiva e per l'introduzione di un sistema interno di monitoraggio volto alla verifica delle misure di prevenzione della corruzione in termini di loro efficacia ed idoneità.

Nel complesso l'approccio metodologico che ha caratterizzato la stesura del presente piano, ha visto un maggiore coinvolgimento dell' organo di indirizzo politico con l'adozione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza in conformità con le indicazioni contenute nel d.lgs. n. 97/16 **avvenuto con Deliberazione del Direttore Generale n. 208 del 2/03/2020** ,ma al tempo stesso una particolare attenzione verso la disciplina della trasparenza, con l' indicazione dei nominativi di tutti i soggetti (amministrativi, medici, tecnici) responsabili **in via esclusiva** della pubblicazione dei dati , documenti e informazioni. Tale elencazione, unitamente alla fissazione degli obiettivi strategici, **rappresenta quel contenuto necessario del piano anticorruzione ex art 41 del d.lgs. n. 97/16 ed in ragione di ciò la sua assenza determinerebbe la nullità del documento programmatico e quindi l'applicazione delle sanzioni da parte di Anac ai sensi dell'art. 19 comma 5 del DL 90/2014.**

La sezione Trasparenza poi del nuovo piano è stata completamente riscritta in considerazione delle modifiche apportate dal GDPR 679/16 e dal D.lgs. n. 101/2018 e quindi dalla necessità di garantire un coordinamento tra la disciplina sulla trasparenza e la tutela dei dati personali; dalla legge n. 160/2019 che ha riscritto alcuni obblighi di pubblicazione tra cui l' art 19 del d.lg. n. 33/13 e il d.l.n. 162/2019, che a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019, è intervenuto nella partita relativa alla pubblicità dei dati patrimoniali dei dirigenti pubblici.

2. CONTESTO GIURIDICO

Oltre alla legge 190/12, il contesto giuridico di riferimento comprende :

- *il decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235 “Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190”;*
- *il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, approvato dal Governo il 15 febbraio 2013, in attuazione di commi 35 e 36 dell’art. 1 della l. n. 190 del 2012”;*
- *il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”;*
- *il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”;*
- *Il D.L. 90/2014 , convertito in L.114/2014, che ha ridefinito le competenze dell’Autorità anticorruzione , acquisendo le funzioni del Dipartimento di Funzione pubblica e quelle della soppressa AVCP (Autorità di Vigilanza dei Contratti Pubblici);*
- *La legge del 27 maggio 2015 n. 69 rubricata “Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio”che ha inasprito le pene ed esteso la punibilità agli incaricati di pubblico servizio anche per i delitti dei pubblici ufficiali contro la P.A;*
- *D.lgs: n. 97 del 23 maggio 2016 recante “ La revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 6 novembre 2012 n. 190 e del d.lgs. 14marzo 2013 n. 33, ai sensi dell’ art 7 della L. 7 agosto 2015 n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;*
- *Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 di aggiornamento al PNA*
- *Determinazione ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 di approvazione del PNA 2016*
- *Delibera n. 833 del 3 agosto 2016 di approvazione della disciplina delle cause di inconferibilità / incompatibilità;*
- *Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 di approvazione del PNA 2017.*
- *Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 di approvazione del PNA 2018.*
- *Delibera ANAC n. 1064 del 2 ottobre 2019 di approvazione del nuovo PNA 2019.*



- *Delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, sulle " prime linee guida recanti indicazioni sull' attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. n. 33/13, come modificato dal d.lgs. n. 97/16";*
- *Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 recante gli obblighi in materia di accesso civico;*
- *Regolamento ANAC del 16/11/2016, pubblicato in G. U. n. 284 del 5/12/2016 "sull'esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'art 47 del d.lgs. n. 33/13, come modificato dal d.lgs. n. 97/16";*
- *Regolamento ANAC n. 328 del 29 marzo 2017 "sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi nonché sul rispetto delle regole di comportamento dei pubblici funzionari";*
- *Regolamento ANAC n. 330 del 29 marzo 2017 sull' esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione";*
- *Regolamento ANAC sull' esercizio della funzione consultiva del 24/10/2018;*
- *Circolare n. 2 /2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica;*
- *Circolare n. 1/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica;*
- *Linea guida ANAC n. 358 del 29 marzo 2017 per l'adozione del Codice di Comportamento negli enti appartenenti al SSN;*
- *Determinazione ANAC n. 241 del 8 marzo 2017 sulle " linee guida recanti indicazioni sull' attuazione dell'art. 14 del d.lgs. n. 33/13 relativa agli obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali, come modificato dall' art 13 del d.lgs. n. 97/16.;*
- *Delibera ANAC n. 586 del 26/06/2019 : "Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019".*
- *Delibera ANAC n. 1126 /2019 di sospensione della delibera ANAC n. 586/2019;*
- *Circolare n.1 /2019 del Ministro della pubblica amministrazione;*
- *Linea guida ANAC n. 15 del 5 giugno recanti "individuazioni e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti" (deliberazione n. 494/2019);*
- *Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 in materia di Codice di Comportamento delle pubbliche amministrazioni;*
- *La c.d legge " Spazza corrotti" 9/01/2019 n. 3;*
- *Decreto "Mille proroghe" (art 1 c. 7 d.l. n. 162/2019) ;*
- *Art 1 c. 163 "Legge di stabilità" per il 2020 n. 160/2019 .*

PRIMA PARTE

3. OBIETTIVI E LIMITI

Definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

In via del tutto innovativa e nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 1 comma 8 della L.190/2012 l'Azienda Sanitaria Moscati, con deliberazione del Direttore Generale n. 208 del 2/03/2020 ha definito i seguenti obiettivi strategici a carattere trasversale per tutte le strutture ovvero:

1) Trasparenza amministrativa:

Implementazione dei corsi di formazione del 15% rispetto all' anno precedente in materia di trasparenza e privacy al fine di garantire un coordinamento tra le due normative

2) Prevenzione della corruzione:

riduzione del ricorso alle proroghe negli appalti pubblici del 20% rispetto all' anno precedente e rispetto dei principi comunitari.

Questi inevitabilmente si intersecano con quelli approvati con la Direttiva della Direzione Strategica del 27 gennaio 2020 (Deliberazione n. 72/2020) volti a garantire un miglioramento dell'intero quadro in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

4. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza: compiti e funzioni

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione è stata introdotta dalla l. n. 190/12, quale punto di riferimento fondamentale interno ad ogni amministrazione l'attuazione della citata normativa. Il ruolo, poi, di tale soggetto è stato rafforzato dal d.lgs. n. 97/16 che ha attribuito allo stesso anche la funzione di responsabile della trasparenza. Laddove esistano obiettive difficoltà organizzative tali da giustificare la distinta attribuzione dei ruoli, è possibile mantenere separate le figure di RPCT e di RT.

Il decreto in commento ha previsto, altresì, che l'organo di indirizzo politico assicuri al RPCT poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, disponendo anche le eventuali modifiche organizzative a ciò necessarie, (art 1 c. 7, l. n. 190/12). **La Funzione pubblica, con Circolare n.1/2013, ha disposto poi che al RPCT fossero assegnate dotazioni strumentali ed umane, all'uopo prevedendo un capitolo del bilancio all'uopo dedicato.**

L'Autorità nell'esercizio della funzione consultiva e di vigilanza nel tempo ha approfondito vari aspetti della disciplina, tra cui i poteri connessi all'espletamento della attività di RPCT e le condizioni di indipendenza, autonomia e supporto necessari a garantire a tale soggetto effettività nello svolgimento del ruolo.

Con delibera n. 840/2018, l'ANAC ha precisato che l'obiettivo principale assegnato al RPCT è quello di predisporre un sistema di prevenzione della corruzione di una amministrazione o di un ente e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione.

Per tali motivi, i poteri di vigilanza e controllo che il RPCT può esercitare devono rimanere connessi a tale obiettivo.

Di seguito i compiti che ricadono sul RPCT e riassunti nella delibera ANAC n. 840/2018:

- L'art 1, co. 8, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT predisporre – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il PTPCT e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.
- L'art 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'OIV le "disfunzioni" (così recita la norma) 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.

- L'art. 1, c. 9, lett. c), l. 190/2012 dispone che il PTPC preveda «obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.
- L'art. 1, c. 10, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT verifichi l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.
- L'art. 1, c. 14, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nel PTPC, relazione che va girata all'organo politico e all'OIV e pubblicata sul sito istituzionale dell'ente in Amministrazione Trasparente, sotto sezione altri contenuti/ corruzione.
- L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto "un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione".
- L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: "Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni".
- L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art. 43, co. 5 del d.lgs. 33/2013.
- L'art. 15, co. 3, d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 stabilisce che il RPCT curi la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione ad ANAC dei risultati del monitoraggio. Il supporto conoscitivo ed informativo al RPCT

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, è stato individuato dall'organo di indirizzo politico con **Deliberazione n. 929 del 10 ottobre 2019** nella persona del dott. Vittorino Tecce.

La durata dell'incarico è correlata alla durata del contratto sottostante l'incarico svolto all'interno dell'Azienda Ospedaliera.

E' esclusa l'attribuzione di alcun compenso aggiuntivo, fatto salvo il solo riconoscimento di eventuali retribuzioni di risultato legate all'effettivo conseguimento di precisi obiettivi performance predeterminati in sede di previsioni delle misure organizzative di prevenzione della corruzione.

Il legislatore ha poi, inteso tutelare l'autonomia e l'indipendenza del RPCT anche con disposizioni volte ad impedire una revoca anticipata dell'incarico in funzione "ritorsiva"; in tal senso, ne è un esempio la modifica introdotta dal d.lgs. n. 97/16 all'art. 15 c. 3 del d.lgs. n. 39/13.

In tema di responsabilità del RPCT

A fronte dei compiti attribuiti, la l. 190/2012 prevede (artt. 12 e 14) anche consistenti responsabilità in capo al RPCT al cui testo di legge si rimanda.

5. Soggetti coinvolti nella lotta alla corruzione

Con l'entrata in vigore del d.lgs. n. 97/16, il legislatore ha puntato non solo su un maggiore coinvolgimento dell'organo politico, ma anche di coloro che, a vario titolo, si trovano a lavorare in una pubblica amministrazione, trasformando di fatto la lotta alla corruzione da obiettivo del Responsabile della prevenzione della corruzione e oggi anche della trasparenza ad obiettivo comune.

Per tali motivi, oltre al RPCT, tra i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della Azienda, ritroviamo:

- **il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario;**
- **i Direttori/ Responsabili di struttura (Direttori di Dipartimento, UU.OO.CC. ed UU.OO.), inclusi tutti i dirigenti del settore amministrativo, medico e tecnico, per l'area di rispettiva competenza;**
- **i referenti per l'anticorruzione;**
- **l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) ;**
- **l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.);**
- **tutto il personale ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.**

Ai fini della concreta attuazione delle misure anticorruzione, è richiesto un ruolo attivo dei **dirigenti** amministrativi, medici e tecnici, i quali sono chiamati a :

- svolgere attività informativa nei confronti del RPCT, ai sensi dell'articolo 1, comma 9, lett. c, della legge 190 del 2012;
- partecipare al processo di gestione del rischio;
- definire misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- controllare attraverso l'attività di monitoraggio e quindi di verifica della efficacia delle misure indicate per ciascun procedimento, il rispetto delle stesse da parte dei dipendenti dell'ufficio;
- rispondere della pubblicazione degli atti del loro settore ed alle istanze pervenute al loro ufficio in materia di accesso civico generalizzato, come previsto dal d.lgs. n. 33/13, modificato dal d.lgs. n. 97/16 (art 14 c. 1-quater, d.lgs. n. 33/13);
- vigilare sull'applicazione dei codici di comportamento e ne verificano le ipotesi di violazione, ai fini del conseguente avvio di procedimenti disciplinari o penali;
- Informare i dipendenti e procedono alla eventuale rotazione del personale esposto al rischio di corruzione.

I Direttori di Dipartimento, di UU.OO.CC ed UU.OO. dell'area amministrativa, tecnica e medica possono nominare dei Referenti, generalmente individuati nei dipendenti titolari di Posizione Organizzativa, previo conferimento di formale incarico a questi notificato.

Stante l'organizzazione Aziendale, che prevede l'esistenza di due Presidi Ospedalieri (la Città Ospedaliera in Avellino e il PO Landolfi a Solofra), con circa 1600 dipendenti, con il presente Piano si individuano quali referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione, tutti di Direttori/Dirigenti/Responsabili delle varie articolazioni in cui si sviluppa l'Azienda secondo quanto previsto dal vigente Atto Aziendale (integrato dalla deliberazione n. 882 del 30.9.2019).

5.1 LA DIREZIONE STRATEGICA DEVE:

- valorizzare, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- tenere conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e ad operarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
- assicurare al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuovere una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgono l'intero personale.



5.2 L'O.I.V.

Partecipa alle attività in materia di anticorruzione in virtù delle modifiche alle sue funzioni ad opera del d.lgs. n. 97/16.

In virtù dei poteri loro ascritti dalla legge e confermati nella delibera ANAC n.1310 del 28 dicembre 2016:

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) deve:

- Verificare la coerenza tra gli obiettivi descritti nei documenti strategico – gestionali e quelli indicati nel PTPCT e che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all' anticorruzione e alla trasparenza
- Esprimere parere obbligatorio sul Codice di comportamento e sue modificazioni (articolo 54, comma 5, d.lgs. 165/2001);
- Attestare il rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33/13.

A seguito delle dimissioni della dott.ssa Bianca Corcione da presidente dell' OIV per sopravvenuta altra nomina. (**Deliberazione del DG n. 596 del 26 giugno 2020**), attualmente l'organismo indipendente di valutazione presso l' Azienda Ospedaliera Moscati è composta dal dott. Nicola Medici e dalla dott.ssa Giovanna Doria.

5.3 UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 *bis* d.lgs. n. 165 del 2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art. 1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- vigila sulla corretta applicazione del Codice di Comportamento aziendale
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- opera in raccordo con il Responsabile per la prevenzione della corruzione per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del D.P.R. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici".

5.4 Composizione dell'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (U.P.D.) :

Presidente : Dott.ssa Amy Morryson

Componente titolare: dott.ssa Giovanna Petitto, Dirigente presso S.C. " Gestione Risorse Umane"

--- Componente supplente: avv. Lydia D' Amore, Responsabile f.f. S.C. "Affari Legali"

Componente titolare: dott. Paolo Miletto, Direttore della S.C. " Medicina Nucleare"

--- Componente supplente: dott. Antonio Vitale, Direttore S.C. "Pediatria"

Segretaria : dott. Giovanni Verusio - collaboratore amministrativo

5.4 Composizione COLLEGIO SINDACALE dell'Azienda Ospedaliera Moscati è composto da:

dott. Francesco Evangelista – designato dal Ministero del Tesoro

dott.ssa Dina De Luca – designata dal Ministero della Salute

dott. Marco Del Sorbo – designato dalla Regione Campania

(Deliberazione del DG n. 443 del 9 maggio 2019).

I DIPENDENTI:

- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- segnalano le situazioni di illecito o di personale conflitto di interessi e la mancata attuazione del piano delle misure in base a quanto previsto dai Regolamenti dell'ANAC n.n. 328 e 330 del 29 marzo 2017

I COLLABORATORI

- osservano per quanto compatibili, le misure contenute nel PTPCT e gli obblighi di condotta previsti dai Codici di comportamento;
- nel rispetto delle prescrizioni contenute nel Regolamento n. 330 del 29 marzo 2017 dell'ANAC, possono effettuare segnalazioni;
- nel rispetto delle prescrizioni contenute nel Regolamento n. 328 del 29 marzo 2017 dell'ANAC, possono effettuare segnalazioni.

5.5 IL RASA

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (R.A.S.A.) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa nell'AUSA. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

In caso di mancata indicazione nel PTPCT, del nominativo del RASA, previa richiesta di chiarimenti al RPCT, l'Autorità può esercitare il potere di ordine ai sensi dell'art. 1, co. 3, della l. 190/2012, nei confronti dell'organo amministrativo di vertice, che, nel silenzio del legislatore, si ritiene il soggetto più idoneo a rispondere dell'eventuale mancata nomina del RASA.

Nel caso di omissione da parte del RPCT, il potere di ordine viene esercitato nei confronti di quest'ultimo.

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati. Per l'espletamento dei compiti connessi a tale ruolo, l'Azienda ha individuato con delibera n. 812 del 13 Novembre 2013 la Sig.ra Franca Sonia Pagliuca.

5.6 II GESTORE ANTIRICICLAGGIO

Il D.lgs. 21 novembre 2007, n. 231, recante "Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione", come successivamente integrato e modificato dal D.lgs. n. 90/2017, prevede una serie di adempimenti a fini preventivi nonché obblighi di segnalazione, che coinvolgono anche le Pubbliche Amministrazioni.

L'art. 10, comma 1, del citato Decreto, come successivamente modificato ha ridefinito il perimetro per gli uffici delle pubbliche amministrazioni relativamente a "procedure o procedimenti" potenzialmente esposti al rischio di operazioni di riciclaggio e più in dettaglio essi sono:

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;

- c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

Da quanto fin qui esposto, appare evidente la stretta assonanza tra l'art. 10, comma 1, del D.lgs. 231/2007 e s.m.i, sopra citato, e l'art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012, che individua sostanzialmente le medesime aree di rischio per la prevenzione della corruzione. Di qui la correlazione tra l'attività di prevenzione della corruzione e quella di contrasto del riciclaggio.

A completamento del quadro normativo fin qui esposto, nella Gazzetta Ufficiale n. 269 del 19/11/2018, è stato pubblicato il provvedimento dell'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) della Banca d'Italia, adottato ai sensi dell'art. 10, comma 4 del D.lgs. n. 231/2017 e s.m.i., e recante "Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni".

Stante il complessivo quadro normativo e attuativo fin qui delineato, appare evidente che oltre a dover procedere alla nomina del soggetto preposto alla trasmissione delle segnalazioni alla UIF e destinatario interno di dette segnalazioni interne, quale "soggetto gestore", a dover promuovere un percorso formativo che interessi tutti i dipendenti coinvolti nell'ambito dei processi indicati nell'art 10 comma 1, si debba procedere ad una specifica analisi degli stessi nell'ottica dell'attività antiriciclaggio.

Al fine di dare piena attuazione, alle disposizioni normative in materia di antiriciclaggio, l'Azienda Ospedaliera effettuerà fino al 31 dicembre 2020, all'atto della definizione della nuova mappatura dei processi, una verifica sulle aree esposte a rischio in base agli indicatori di anomalia. Se la valutazione avrà avuto esito positivo, sarà fatto obbligo all'Azienda sanitaria di nominare un gestore antiriciclaggio nel 2021, prevedendo e programmando tutte le dovute misure attuative.

6 ANALISI DEL CONTESTO

6.1 Analisi del contesto esterno

L'Analisi del contesto esterno serve per sottolineare come spesso le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale si trova ad operare una pubblica amministrazione possano favorire o meno il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, come tali caratteristiche ambientali possano condizionare la valutazione del rischio corruttivo e l'applicazione delle misure di prevenzione.

Ad ogni modo per un'analisi approfondita della situazione ambientale del territorio di Avellino e dintorni, si rinvia alla "Relazione sull'attività delle forze di polizia sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata" trasmessa dal Ministro dell'Interno alla presidenza della Camera dei Deputati il 14 gennaio 2016, disponibile alla pagina web :

[http:// www.camera .it/leg17/494 di legislatura -17&categoria 0388](http://www.camera.it/leg17/494%20di%20legislatura%20-17&categoria%200388)

6.2 Analisi del contesto interno

Con Decreto del Presidente della Giunta della Regione Campania n° 12257 del 22 dicembre 1994 viene costituita L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità "San Giuseppe Moscati" di Avellino .

L'Azienda è costituita da due plessi ospedalieri di cui uno in Avellino conosciuto come "Città Ospedaliera" l'altro sito nella cittadina di Solofra, meglio conosciuto come "Ospedale Agostino Landolfi" che si è unito all'AORN S.G. Moscati con DCA n. 29 del 19 aprile 2018.

Successivamente, con **DCA n. 103 del 28 dicembre 2018**, a seguito di un aggiornamento della situazione delle Aziende del SSR, nell'ambito di un *Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera* in base al D.M. n. 70/2015, è stata evidenziata la presenza di due presidi ospedalieri ("Città Ospedaliera" Contrada Moretta-Avellino – "Landolfi" Solofra) compresi nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "San Giuseppe Moscati" di Avellino.

Il Plesso Ospedaliero di Avellino sorge in Contrada Amoretta, su una superficie di 140 mila metri quadrati.

E' costituito da un grande struttura ospedaliera di cinque piani, da una palazzina che ospita la sede Legale- Amministrativa e da un altro fabbricato che ospita l'Attività Libero Professionale Intramuraria.

Le camere di degenza sono singole o doppie, tutte con bagno, televisore e predisposizione per il collegamento a Internet. L'area verde esterna occupa una superficie di 2500 metri quadrati. L'interno del plesso ospedaliero ha una forma a raggiera che si estende attorno a una grande piazza, coperta da una lente concava. Nella struttura si trova anche un polo didattico, con aule e segreterie, a disposizione degli allievi che frequentano le Lauree Triennali nelle Professioni Sanitarie, nonché un'aula magna con 250 posti a sedere. Per agevolare l'accesso degli utenti alle varie Unità operative è stata predisposta una segnaletica che divide idealmente l'edificio in due blocchi, identificati con i colori arancione e blu. L'indicazione dei reparti è presente su cartelloni sistemati anche in tutti gli 8 ascensori riservati agli utenti (23 quelli dedicati al personale e ai distributori).

L'altro Plesso Ospedaliero è sito nella cittadina di Solofra (AV), meglio conosciuto come Ospedale Agostino Landolfi.

I posti letto della Azienda Ospedaliera sono 628 di cui 477 alla Città Ospedaliera di Avellino e 151 nel Plesso Ospedaliero "Landolfi" di Solofra.

7. MISSION

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "San Giuseppe Moscati" di Avellino offre prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito di ricoveri ordinari (di più giorni), giornalieri (Day-Hospital e Day-surgery), visite e Prestazioni diagnostiche.

Ha un bacino di utenza di circa 500.000 abitanti e un numero di visitatori al giorno di circa 5.000 unità.

L'orientamento al benessere e alla qualità di vita dei pazienti, dei familiari e degli operatori sanitari costituisce impegno costante dell'Azienda.

LA QUALITÀ RAPPRESENTA LA SCELTA STRATEGICA AZIENDALE, PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI

- ***centralità del paziente;***
- ***qualità delle prestazioni fornite;***
- ***tempestività nell'erogazione delle prestazioni;***
- ***miglioramento delle condizioni di comfort alberghiero;***
- ***miglioramento del livello di sicurezza per i pazienti e per gli operatori.***

Con Delibera n 882/19 la Direzione Strategica ha provveduto a definire l'integrazione funzionale nell'ambito dell'AORN Moscati delle UU.OO del Presidio di Solofra.

L'Azienda ha aderito agli obiettivi in materia di Gestione del Rischio Clinico, secondo le direttive del Ministero Salute e della Regione Campania e ha sviluppato un processo di gestione del rischio con lo scopo di affrontare il problema della prevenzione e della gestione del rischio in sanità.

E' stata avvertita la necessità di sviluppare un Sistema della Gestione del Rischio Clinico basato sull'identificazione, la valutazione ed il trattamento dei rischi, sia attuali che potenziali, con lo scopo primario di migliorare la sicurezza dei pazienti e, allo stesso tempo, diminuire i costi attraverso la riduzione degli eventi avversi prevenibili intervenendo nella gestione dell'errore che è stato commesso, agendo su ciò che è accaduto, conseguenza di un errore che ha portato a visualizzare il rischio in maniera quindi reattiva, ma anche cercando di focalizzarsi su una prevenzione del rischio, in maniera quindi proattiva.

Nella nostra Azienda è stato implementato e si continua ad implementare un progetto formativo gestionale quale utile strumento nella quotidiana attività di lavoro, in particolare per quanto riguarda la formazione, l'individuazione e l'analisi dei rischi clinici e delle priorità di intervento e la verifica delle azioni correttive concordate e finalizzate, tra l'altro, al miglioramento della qualità della prestazione sanitaria resa, tendendo alla minimizzazione dell'errore, con particolare attenzione alla puntuale e meticolosa compilazione delle cartelle cliniche, alla redazione delle note informative e somministrazione del consenso informato, alla riorganizzazione ed ottimizzazione del lavoro, utilizzando strumenti volti alla verifica della qualità e in particolare lo strumento dell'audit quale contributo fondamentale alla moderna gestione del Rischio Clinico. Vengono raccolte le comunicazioni inerenti le richieste risarcitorie in un database aziendale ed analizzate al fine di proporre protocolli e procedure che per tendere alla diminuzione dell'errore devono necessariamente essere condivise e diffuse tra gli operatori.

L'Azienda partecipa alla rilevazione e registrazione degli eventi sentinella aggiornando l'apposita piattaforma ministeriale "Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità" (SIMES) in ottemperanza alle direttive del Ministero della Salute.

Il Settore Gestione del Rischio Clinico cura la formazione ed aggiornamento di tutti i dipendenti sulle tematiche relative e complementari alla gestione del rischio in sanità, nonché la formazione, coordinamento, aggiornamento e programmazione delle attività dei "Facilitatori per il rischio clinico", ossia professionisti sanitari che operano nell'Azienda supportando lo sviluppo dei processi di miglioramento collegati alla sicurezza del paziente e del rischio clinico, individuati e formati in tutte le UU.OO. .

Il Settore Gestione del Rischio Clinico è impegnato, anche, nella collaborazione con la Direzione Sanitaria Aziendale per la realizzazione del percorso integrato informatizzato del paziente, dal ricovero al follow up.

Il percorso ha portato all'adozione del Modello Sistemico di Gestione del Rischio in Ambito Sanitario ottenendo la Certificazione di I° e II° Livello rispettivamente negli anni 2014 e 2016.

In seguito l'Azienda ha aderito al "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" in virtù del passaggio dal modello sistemico con impostazione di sistema (iso 9000) al modello italiano con impostazioni di processo (iso 17065), procedendo da un approccio che definisce ed organizza, ad uno che garantisca anche l'esito finale dettato dal modello di riferimento.

Nel corso del 2019, in continuità con l'adesione di cui sopra, si è tenuto l'audit di certificazione di II livello secondo il "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" con la verifica del rispetto dei requisiti da parte di Ente Terzo Certificatore.

Attualmente è in corso il percorso per il raggiungimento della Certificazione di III livello secondo il Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità.

Il rischio clinico è anche impegnato nella collaborazione della Direzione Sanitaria per la realizzazione del percorso integrato informatizzato del paziente, dal ricovero alla dimissione passando per la realizzazione della cartella clinica Informatizzata (Myhospital).

8. Il nuovo sistema di GESTIONE DEL RISCHIO

L'adozione del PTPC è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

Per "GESTIONE DEL RISCHIO" si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio di corruzione. La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi. Secondo le indicazioni della L. 190/2012, la redazione del PTPC è frutto di un processo, conosciuto come Risk Management, o Gestione del Rischio, capace di individuare, mappare e valutare il rischio corruttivo cui un Ente è potenzialmente o concretamente esposto e per il quale necessita di specifiche misure di correzione e prevenzione contestualizzate nella realtà in cui lo stesso opera. In tal senso, il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere finalizzato alla: individuazione della totalità degli eventi rischiosi, il cui verificarsi incide sulla realizzazione delle attività poste in essere dell'ente e genera delle conseguenze di diversa natura; identificazione del grado di esposizione di un ente al rischio corruttivo.

Risulta, allora, indispensabile, l'utilizzo di una metodologia capace di intercettare e valutare in maniera corretta il grado di esposizione dell'amministrazione al rischio.

In linea di continuità con quanto previsto in sede di predisposizioni del PTPCT 2020-2022, l'Azienda Ospedaliera ha provveduto **all'aggiornamento della c.d. mappatura dei processi**, procedendo ad una rivalutazione degli stessi in termini di valutazione del loro livello di esposizione a rischio corruttivo, sulla scorta degli **altri indicatori** di seguito indicati:

- numero dei procedimenti disciplinari/ penali dei dipendenti;
- grado di accentramento del processo decisionale in capo al soggetto apicale;
- valore economico, grado di efficienza raggiunto sulla base del grado di soddisfazione dell'utenza;
- Trasparenza del procedimento e dati pubblicati.

L'obiettivo è arrivare alla predisposizione del PTPCT 2021-2023 con una visione completa dei processi attivi nell'ente ed una valutazione altrettanto completa dei rischi, ma soprattutto delle misure di prevenzione descritte nel piano che dovranno essere implementate.

Un'unica griglia nella parte III del presente documento, insieme alla indicazione delle misure di prevenzione che l'Azienda intende attuare e dei soggetti responsabili della loro attuazione.

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SI ARTICOLA IN TRE FASI: L'IDENTIFICAZIONE, L'ANALISI E LA PONDERAZIONE

8.1 L'identificazione del rischio

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo. Questa fase è cruciale perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione. L'identificazione dei rischi deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi. L'identificazione degli eventi rischiosi porta alla creazione del c.d. **registro dei rischi** collegati all'oggetto di analisi scelto dall'Azienda che è il processo nel suo complesso.

8.2 L'analisi del rischio

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è necessario:

- a) scegliere l'approccio valutativo,
- b) individuare i criteri di valutazione
- c) formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato, **anche in base ai principi di semplificazione e snellimento.**

8.3 Scelta dell'approccio valutativo

Come precisato nell'allegato 1 al PNA 2019, l'approccio utilizzabile per stimare l'esposizione delle organizzazioni ai rischi può essere qualitativo, quantitativo o misto

Considerata la natura dell'oggetto di valutazione (rischio di corruzione), l'ANAC suggerisce di utilizzare un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza. **Di conseguenza, sparendo la valutazione prettamente statistica e numerica che ha accompagnato le PA nella mappatura dei processi, ogni responsabile, in maniera molto più semplice, una volta definiti gli indicatori, procederà ad una valutazione valoriale di insieme.**

8.4 Individuazione dei criteri di valutazione

Coerentemente all'approccio qualitativo suggerito nel presente allegato metodologico, i criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in **indicatori di rischio (key risk indicators)** in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti.

Di seguito i nuovi indicatori utilizzati :

- numero dei procedimenti disciplinari/ penali dei dipendenti
- grado di accentramento del processo decisionale in capo al soggetto apicale
- valore economico, grado di efficienza raggiunto sulla base del grado di soddisfazione dell'utenza
- Trasparenza del procedimento e dati pubblicati

Una volta definiti gli indicatori, a ciascun dovrà essere assegnato **un valore compreso tra basso, medio, alto** e la misurazione del valore attribuito a ciascun criterio consentirà di svelare il livello di esposizione a rischio del processo mappato.

Una volta dato il giudizio sintetico motivazionale sul livello di esposizione a rischio dei processi, per ciascuno di essi vanno indicate le misure che si intendono attuare. **Le Misure sono quelle già indicate nei progressi PNA cui si aggiunge la misura della semplificazione e sensibilizzazione.**

8.5 La ponderazione del rischio

Tale fase ha l'obiettivo di stabilire:

- le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
- le priorità di trattamento dei rischi.

9. IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE DI CONTRASTO

La fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Tali misure possono essere classificate sotto diversi punti di vista ovvero in "misure comuni e obbligatorie" o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singolo Ente) e "misure ulteriori" ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione. Esse diventano obbligatorie una volta inserite nel P.T.P.C.T.

MISURA DI CONTRASTO	CODICE IDENT. MISURA
Adempimenti relativi alla trasparenza	M01
Codici di comportamento	M02
Informatizzazione processi e monitoraggio termini procedurali	M03
Conflitto di interessi e controllo sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 6 bis della L.241/90	M04
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice	M05
Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali.	M06
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, formazione di commissioni di aggiudicazione ed ulteriori misure per i contratti pubblici	M07
Whistleblowing	M08
Patti di integrità	M09
Formazione	M10
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione, ordinaria e straordinaria	M11
Il divieto di pantouflage	M12

9.1 M01) Adempimenti relativi alla Trasparenza

Ai sensi dell'articolo 43 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, modificato dal d.lgs. n. 97/2016, si stabilisce che "All'interno di ogni amministrazione il responsabile per la prevenzione della corruzione, di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, svolge, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza".



Con Delibera n. 929 del 10 ottobre 2019 è stato nominato come Responsabile anche della Trasparenza il dott. Vittorino Tecce. Nel rispetto delle prescrizioni contenute nella Delibera n. 1310/2016, al fine di evitare di incorrere in sanzioni, vengono indicati nel presente PTPCT, in particolare nella sezione relativa alla “trasparenza”, i nominativi dei soggetti Responsabili ed i loro uffici competenti a garantire il flusso di informazioni costante ai fini della attuazione della disciplina della trasparenza.

Ogni Direttore di Dipartimento / UU.OO.CC. è altresì nominato responsabile delle pubblicazioni per i servizi di propria competenza, nel rispetto delle prescrizioni contenute nell’Allegato 1 – par. C3- del PNA 2013 e nella Delibera n. 1310 /2016. Al tempo stesso ognuno è delegato all’accesso civico, per atti del proprio settore.

In caso di ritardo o inerzia del R.P.C.T., il cittadino può ricorrere al Titolare del Potere sostitutivo, individuato *con delibera n. 730 del 31/07/2020* nella persona di Dr. Germano Perito, il cui nominativo è indicato nella sezione “*Amministrazione Trasparente*”, flag “*Accesso civico*”.

Alla l. n. 120/20 di conversione del DL semplificazioni n. 76/20 si devono le modifiche apportate alla c.d. legge sul procedimento amministrativo. Tra le novità spicca l’esigenza avvertita dal legislatore di dare tempi certi di conclusione dei procedimenti amministrativi. Per tali motivi, infatti, all’ art 2 l. n. 241/’90 dopo il c. 4, ha provveduto ad inserire il c. 4 bis, in base al quale, “ *Le pubbliche amministrazioni misurano e rendono pubblici i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese, comparandoli con i termini previsti dalla normativa vigente. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa in Conferenza unificata di cui all’articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, saranno definite modalità e criteri di misurazione dei tempi effettivi di conclusione dei procedimenti di cui al primo periodo*”

AZIONI DA INTRAPRENDERE

- 2020: aggiornamento del Regolamento sull’ accesso civico a cura dell’ufficio “ Affari Generali “ e della relativa modulistica in linea con il GDPR 679/16 e del d.lgs. n. 101/2018 .
- 2021: implementazione del registro informatico per monitorare le istanze di accesso civico e documentale pervenute presso l’Azienda e attivazione di un sistema di verifica a campione delle istanze di accesso civico e documentale presentate e dei relativi esiti, usufruendo della collaborazione del Responsabile della transizione digitale.
- 2022: implementazione della trasparenza come misura trasversale per intervenute modifiche del quadro normativo.

SOGGETTI RESPONSABILI : il RPCT, OIV, tutti i Direttori di Dipartimento/ UU.OO.CC e coloro che pur ricoprendo simili ruoli, trovandosi ad operare nelle articolazioni aziendali periferiche, in particolare, nel P.O. di Solofra e in quello di Avellino, sono stati nominati *referenti*.

9.2 M02) Il Codice di Comportamento

Il Codice di Comportamento ha rivestito sin da subito un ruolo fondamentale nella strategia di prevenzione della corruzione, perché è uno dei principali strumenti volti ad orientare i comportamenti dei funzionari pubblici alla cura dell’ interesse pubblico, in stretta connessione con i Piani Triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza, tanto è vero che la l. n. 190/12, in particolare l’ art 1 c. 44 ha sostituito l’ art 54 del d.lgs. n. 165/’01, prevedendo da un lato, l’ adozione di un codice di comportamento valido per tutte le amministrazioni pubbliche, dall’ altro, imponendo a ciascuna P.A., l’ adozione di un codice di comportamento ad integrazione di quello generale.

Dalla lettura del D.P.R. n. 62/13 emerge, infatti, la necessità che ciascuna P.A. si doti di un suo Codice di Comportamento ad integrazione di quello nazionale appena citato.

A dire il vero, uno sforzo significativo diretto a stabilire “ linee guida” mirate di settore, è stato operato nel 2016 proprio per gli enti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale. Infatti, l’ANAC di intesa con il Ministero della salute e l’Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari regionali (c.d. AGENAS)

ha adottato la **delibera n. 358 del 29 marzo 2017**, al fine di orientarli nell'adozione del Codice di Comportamento e fornire loro indicazioni pratiche, in modo da contestualizzare il più possibile le previsioni contenute nel Regolamento (il D.P.R. n. 62/13), che rappresenta in ogni caso la base giuridica di riferimento di ciascun Codice.

La linea guida n. 358/17 analizza in particolare alcuni aspetti delicati, quali le situazioni di conflitto di interessi, la tutela del dipendente che segnala illeciti, rapporti con gli informatori farmaceutici, le attività di sperimentazione e ricerca, la previsione di norme di condotta correlate a processi a rischio secondo la suddivisione contenuta nella determinazione n. 12/15 dell'ANAC.

Suggerisce, altresì, di dedicare un paragrafo del Codice alla elencazione delle attività a elevato rischio corruttivo (esempio: attività conseguenti al decesso intraospedaliero, attività libero professionali, sperimentazioni cliniche etc.) e alla individuazione di quei doveri comportamentali attesi dal personale dipendente.

A questo intervento, che di per sé, ha già contribuito alla riscrittura del Codice di Comportamento per come era stato pensato sino ad un recente passato, si sono aggiunte quest'anno, le nuove linee guida ANAC n. 177/2020 frutto di uno studio fatto sulle stesse PP.AA. , il quale ha rivelato come in realtà, la maggior parte degli enti, hanno sì provveduto ad adottare un proprio codice di Comportamento, che però, spesso si è rivelato solo una riproduzione del Codice Nazionale, elusiva delle disposizioni di legge", senza la individuazione di quegli elementi effettivi di integrazione, che avrebbero poi portato ad una differenziazione degli stessi Codici adottati dalle varie amministrazioni.

Non è un caso, se l'ANAC già nel PNA 2018 e, lo ha poi ribadito nel PNA 2019, sottolinea come "la mera riproduzione del Codice di Comportamento generale è elusiva delle disposizioni di legge" oltre ad esporre l'amministrazione a procedimento di vigilanza istruito dall'Autorità che, in tali casi, potrà pretendere l'adozione di un nuovo Codice di Comportamento più integrativo rispetto a quello che è stato adottato in precedenza.

Queste nuove linee guida sostituiscono quelle adottate dall'Autorità con delibera n. 75 del 2013, con cui l'Autorità aveva già richiamato le amministrazioni ad un corretto esercizio del dovere di dotarsi del proprio Codice, facendo presente che l'approvazione di Codici meramente riproduttivi di quello generale sarebbe stata considerata del tutto equivalente alla **omessa adozione**.

Il **Codice di Comportamento** rientra tra le misure di prevenzione della corruzione di tipo "soggettivo", perché in esso sono declinati i doveri comportamentali che ciascun dipendente dovrebbe adottare per garantire la migliore efficacia di quelle misure di tipo "oggettive" descritte nel piano e legate all'organizzazione interna dell'ente.

La necessità di collegare il Codice di Comportamento al PTPCT, aspetto innovativo su cui ritorna più volte l'Autorità nella sua nuova linea guida, discende dalla importanza di includere sin da subito il comportamento dei dipendenti pubblici nella strategia di prevenzione della corruzione. Ne deriva che, i comportamenti dei dipendenti disciplinati all'interno del Codice diventano *strumenti* per una buona riuscita delle misure di prevenzione.

Per i motivi esposti, **è intenzione dell'Azienda Ospedaliera procedere all'aggiornamento del Codice di Comportamento entro Dicembre 2020.**

AZIONI DA INTRAPRENDERE :

2020: Aggiornamento del Codice di Comportamento entro il 30 dicembre 2020 a cura dell'Ufficio Personale, alla luce delle indicazioni contenute nella linea guida n. 358 del 29 marzo 2017 dell'ANAC e della nuova linea guida ANAC n. 177/2020. All'uopo il RPCT ha provveduto ad inviare nota prot. n. 63 /2020 al Direttore UOC GRU al fine di sollecitare una revisione del Codice.

2021:Attivazione di un monitoraggio sul rispetto del Codice di Comportamento da parte dei Dirigenti.

2022: Implementazione di misure ulteriori scaturite dall'adozione di un Codice di comportamento sottoposto a revisione.



SOGGETTI RESPONSABILI : Il RPCT vigila sull' attuazione del Codice di Comportamento, tutti i Direttori di Dipartimento/UU.OO.CC. vigilano sull' osservanza del codice da parte del personale dipendente .

NOTE: misura comune a tutti i livelli di rischio individuati nel piano e a tutti i dipendenti

9.3 M03) Informatizzazione processi e Monitoraggio dei termini procedurali

Come evidenziato dalla stessa ANAC, l'informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto particolarmente efficace dal momento che consente la tracciabilità dell'intero processo amministrativo, evidenziandone ciascuna fase e le connesse responsabilità.

Dal combinato disposto dell'art. 1, comma 9, lett. d) , come modificato dall' art 43 del d.lgs. n. 97/16 e comma 28 della l. n. 190/12 deriva poi, l' obbligo per le amministrazioni di provvedere al monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti, provvedendo altresì all' eliminazione di eventuali anomalie.

Il rispetto dei termini procedurali costituisce misura valutabile ai sensi dell'art 1 c. 8 bis l. n. 190/12 in termini di trasparenza ed anticorruzione.

Al fine di garantire il rispetto dei tempi di conclusione dei procedimenti, il legislatore con la l. n. 120/20 di conversione del DL semplificazioni ha provveduto a modificare la l. n. 241/'90 e *ad introdurre l'obbligo per tutte le pubbliche amministrazioni di pubblicare i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese.*

AZIONI DA INTRAPRENDERE :

- 2020:** relazione semestrale a cura dei Direttori/Responsabili di struttura sul livello di informatizzazione dei processi attuati nei rispettivi settori e sul rispetto dei termini procedurali. La presente relazione avrà effettivo inizio nel secondo semestre.
- 2021:** Conferma della relazione semestrale e verifica a campione a cura dell'RPCT del rispetto dei tempi del procedimento ogni sei mesi.
- 2022:** Conferma della relazione semestrale e verifica a campione a cura dell'RPCT del rispetto dei tempi del procedimento ogni quattro mesi.

SOGGETTI RESPONSABILI : RPCT e Direttori/ Responsabili di struttura

NOTE: *misura comune a tutti i servizi e valida ai fini della valutazione della performance.*

9.4 M04) Misura relativa alla insussistenza delle cause di conflitto di interessi

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso la individuazione e la gestione del conflitto di interessi.

La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

La materia del conflitto di interessi è, inoltre, trattata nel Regolamento recante il *“Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”*, emanato con il d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, sopra citato. In particolare, l'art. 6 rubricato *“Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi”* prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti. La comunicazione del dipendente riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare, altresì, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate. L'art. 6 stabilisce inoltre per il dipendente l'obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. L'art. 7 del codice di comportamento contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi e una norma di chiusura di carattere generale riguardante le *“gravi ragioni di convenienza”* che comportano l'*obbligazione di astensione*, in sintonia con quanto disposto per l'astensione del giudice all'art. 51 c.p.c. . Più nel dettaglio l'art. 7 dispone che *«il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza»*. Ciò vuol dire che, ogni qual volta si configurino le descritte situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto. Il D.P.R. n. 62/2013 prevede un'ulteriore ipotesi di conflitto di interessi all'art. 14 rubricato *“Contratti ed altri atti negoziali”* che appare come una specificazione della previsione di carattere generale di cui all'art. 7 sopra citato. In particolare, il comma 2 dell'art. 14 dispone l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. Il dipendente si *“astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio”*. Sebbene la norma sembri configurare un'ipotesi di conflitto di interessi configurabile in via automatica, si ritiene opportuno che il dipendente comunichi la situazione di conflitto al dirigente/superiore gerarchico che decide sull'astensione in conformità a quanto previsto all'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013. Si rammenta, peraltro, che uno specifico obbligo di informazione a carico del dipendente è previsto nel caso in cui stipuli contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, finanziamento e assicurazione, per conto dell'amministrazione

La segnalazione del conflitto di interessi, con riguardo sia ai casi previsti all'art. 6-bis della l. 241 del 1990 sia a quelli disciplinati dal codice di comportamento, deve essere tempestiva e indirizzata al dirigente o al superiore gerarchico o, in assenza di quest'ultimo, all'organo di indirizzo, che, esaminate le circostanze, valuta se la situazione rilevata realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Visto anche il riferimento alle gravi ragioni di convenienza che possono determinare il conflitto di interessi, è necessario che il dirigente/ superiore gerarchico verifichi in concreto se effettivamente l'imparzialità e il buon andamento dell'amministrazione possano essere messi in pericolo. La relativa decisione in merito deve essere comunicata al dipendente.



Con **delibera n. 1186 del 19 dicembre 2018, l'ANAC ha precisato che** nei casi in cui il funzionario debba astenersi, tale astensione riguarda tutti gli atti del procedimento di competenza del funzionario interessato

Per tali motivi, L'Azienda ritiene opportuno prevedere :

- la predisposizione di appositi moduli per agevolare la presentazione tempestiva di dichiarazione di conflitto di interessi per il dipendente;
- l'inserimento in tutte le determinazioni e deliberazioni di una clausola di stile sul conflitto di interessi, ricavata dall' art 6 bis l. n. 241/'90;

Riguardo poi al conferimento di incarichi a consulenti o collaboratori, la verifica della insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ai fini del conferimento dell'incarico di consulente risulta coerente con l'art. 2 del d.P.R. n. 62 del 2013, laddove è stabilito che le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001 estendono gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento (e dunque anche la disciplina in materia di conflitto di interessi), per quanto compatibili, anche a tutti i collaboratori o consulenti, a qualunque titolo e qualunque sia la tipologia di contratto o incarico, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche. Pertanto, si ritiene opportuno puntare :

- sulla predisposizione di un modello di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;
- sul rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di consulenza;
- sull'aggiornamento, (anche in relazione alla durata dell'incarico di consulenza) della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- sulla previsione di un dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001 almeno ogni 6 mesi.
-

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2020: introduzione di una clausola di stile in tutte le determinazioni/ deliberazioni. " *Il sottoscritto responsabile del procedimento dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art 6 bis l. n. 241/'90*". Adozione di modulistica per il personale dipendente e per i consulenti. Con nota prot. n. 61/2020 il RPCT ha inviato una comunicazione a tutti gli uffici per ribadire l'importanza di inserire in tutte le delibere e determinazioni una clausola di stile relativa alla assenza del conflitto di interessi.

2021: monitoraggio sull'attuazione della misura da parte dei responsabili dei singoli settori, destinato a confluire nella reportistica da consegnare al RPCT entro novembre. Di tale monitoraggio, il RPCT ne darà contezza nella relazione annuale. **Obbligo per i Direttori di dipartimento di comunicare i rapporti di debito e credito degli ultimi tre anni.**

2022: implementazione della misura anche ai collaboratori responsabili del procedimento.

SOGGETTI RESPONSABILI: Direttori di Dipartimento/ UU.OO.CC , in generale, tutti i dirigenti area medica e amministrativa, tutto il personale dipendente.

NOTE: misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano.

9.5 M05) Inconferibilità / incompatibilità di incarichi dirigenziali o di vertice amministrativi

Il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni”, nell’ambito della più ampia strategia di prevenzione e contrasto ai fenomeni di corruzione delineata dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, disciplina ex novo il tema del conferimento degli incarichi in ambito sanitario.

Le precedenti normative di settore che regolavano la incompatibilità del personale medico del SSN (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3, commi 9 e 11; legge 30 dicembre 1991, n. 412, art. 4, comma 7) erano poste a tutela della esclusività del rapporto lavorativo, in funzione della valorizzazione e della migliore utilizzazione del servizio dei medici: da qui l'assoluto divieto, per il medico del servizio pubblico, di instaurare rapporti ulteriori o detenere la titolarità o la compartecipazione di quote di imprese in potenziale conflitto di interesse.

La violazione di tale divieto era sanzionato disciplinarmente dalla normativa sull'impiego del personale del SSN, come più volte precisato dalla giurisprudenza.

Per inconferibilità si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi dirigenziali e amministrativi di vertice a chi si trova in una delle situazioni di seguito descritte:

a) L' Inconferibilità' in caso di condanne penali per reati contro la P.A. anche con sentenza non passata in giudicato

L'art. 3, comma 1, lett. e), del d.lgs. n. 39/2013 dispone l'inconferibilità dell'incarico di direttore generale, sanitario e amministrativo a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro II del codice penale

b) L'Inconferibilità per provenienza da enti regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale

Per quanto riguarda il conferimento degli incarichi all'interno delle strutture sanitarie, nella fattispecie delineata dall'art. 5 del d.lgs. n. 39/2013, il legislatore adotta un criterio analogo a quello utilizzato per le altre amministrazioni. La norma infatti vieta il conferimento degli incarichi a soggetti che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche nei due anni precedenti presso enti privati regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale. E', quindi, l'esistenza di un rapporto qualificato tra l'impresa privata di provenienza e il servizio sanitario regionale ad impedire il conferimento dell'incarico. Si evidenzia che il conferimento è vietato non solo all'interno della struttura sanitaria titolare delle funzioni di regolazione o finanziamento, ma anche presso le altre strutture/enti rientranti nel territorio regionale.

Manca del tutto, invece, una previsione di inconferibilità per provenienza da enti regolati o finanziati dal sistema sanitario nazionale

c) L' Inconferibilità per provenienza da incarichi politici

Gli incarichi di direzione nelle Aziende Sanitarie Locali*, come già segnalato, erano già disciplinati, quanto all'inconferibilità e all'incompatibilità, dall'articolo 3, comma 9, del d.lgs. n. 502 del 1992. L'articolo 8 del d.lgs. n. 39/2013 recepisce alcune indicazioni già presenti nella disciplina speciale e introduce nuove ipotesi di inconferibilità. I periodi di “raffreddamento”, ossia di durata dell'inconferibilità, sono commisurati, da un lato, all'importanza del coinvolgimento politico e, dall'altro, alla vicinanza territoriale dell'impegno di carattere politico con l'azienda sanitaria conferente.
*(A.S.L./A.O.R.N.)

Il comma 1 dell'articolo 8 riproduce una delle previsioni del ricordato comma 9 dell'articolo 3, relativamente a coloro che siano stati candidati, non eletti, «in elezioni europee, nazionali, regionali e



locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL»; in questo caso l'inconferibilità è di cinque anni. Tale disposizione appare coerente con quella dettata dall'art. 60, comma 2, del d.lgs. n. 18 agosto 2000, n. 267, che in tema di ineleggibilità alla carica di sindaco, presidente della provincia, consigliere comunale, metropolitano, provinciale e circoscrizionale, detta per i direttori generali, sanitari ed amministrativi il divieto di svolgere le proprie funzioni nel collegio elettorale in cui si sono svolte le elezioni alle quali si sono candidati senza essere stati eletti.

I successivi commi sono relativi alle cariche politiche rivestite antecedentemente all'incarico nelle ASL a livello nazionale (commi 2 e 3), regionale (comma 4) e locale (comma 5). A livello nazionale si distingue tra cariche di governo e cariche parlamentari. Per le prime l'inconferibilità è di due anni ma è limitata solo agli organi di indirizzo politico dei ministeri, degli enti pubblici degli enti di diritto privato in controllo pubblico che svolgano funzioni rilevanti di regolazione e finanziamento del servizio sanitario nazionale.

Per le cariche parlamentari l'inconferibilità è generale, ma ha una durata inferiore: un anno.

A livello regionale l'inconferibilità per coloro che abbiano fatto parte della giunta o del consiglio regionale o che siano stati amministratori di enti che svolgano funzioni di regolazione del servizio sanitario regionale è di tre anni, a causa del rapporto molto ravvicinato tra organi di indirizzo e incarichi nelle ASL.

A livello locale l'inconferibilità, più breve (due anni), è relativa a coloro che siano stati amministratori locali nelle province e nei comuni maggiori della regione.

LA SITUAZIONE DI INCONFERIBILITÀ NON PUÒ ESSERE SANATA.

Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine non fossero note all'amministrazione ed emergessero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

All'atto del conferimento dell'incarico, l'interessato presenta una dichiarazione in ordine alla insussistenza delle cause di inconferibilità.

Tale dichiarazione è prodotta prima del conferimento dell'incarico ed è condizione legale di efficacia dell'incarico.

Qualora siano stati conferiti incarichi in violazione delle norme contenute nel decreto in esame, scatta **la nullità degli atti di conferimento e la conseguente nullità dei relativi contratti.**

In caso di dichiarazione mendace, per 5 anni, il soggetto che ha reso la falsa dichiarazione non può essere destinatario di incarichi.

I) L' incompatibilità

Per incompatibilità, invece, si intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di direzione di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza dell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A. che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali o l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La dichiarazione in ordine alla insussistenza di cause di incompatibilità va prodotta annualmente, dal momento che tale situazione può sorgere in capo allo stesso titolare o a un suo congiunto, anche nel corso dell'incarico, a differenza della dichiarazione relativa all'insussistenza di cause di inconferibilità che va prodotta, evidentemente, prima del conferimento ed è condizione legale di efficacia dell'incarico.

La causa di incompatibilità può essere appunto rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro.

a) *Incompatibilità con incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR o per lo svolgimento in proprio di attività professionale regolata o finanziata dal SSR*

L'art. 10, c. 1 lett. a) e b) del d.lgs. n. 39/2013 disciplina le incompatibilità connesse all'assunzione di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale e con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività professionale, se questa è regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale.

Questo divieto si aggiunge alla previsione, di cui all'articolo 4, comma 7, della l. n. 412/91. Tale disposizione stabilisce, per tutto il personale del Servizio Sanitario Nazionale, il principio dell'unicità del rapporto di lavoro, col quale è incompatibile ogni altra forma di lavoro dipendente, pubblico o privato, nonché ogni altro rapporto di natura convenzionale con il SSN.

Lo stesso articolo fa salvo l'esercizio di attività libero professionale, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalla norma, con la sola esclusione delle strutture private convenzionate col SSN.

Il divieto sancito dall'art. 10 del d.lgs. n. 39/2013 assorbe quello, sancito dall'art. 3, comma 9, del d.lgs. n. 502/1992 di cumulare l'incarico direttivo con l'esistenza di rapporti, anche in regime convenzionale con l'unità sanitaria presso la quale sono esercitate le funzioni.

Pur condividendo la finalità di prevenzione dei conflitti di interesse, l'articolo 4, comma 7 della l. n. 412/91 e il d.lgs. n. 39/2013 dettano procedimenti diversi per l'accertamento delle cause di incompatibilità, che è rimesso, nei casi disciplinati dalla l. n. 412/1991, all'"amministratore straordinario della unità sanitaria locale", mentre, per le ipotesi di cui al d.lgs. n. 39/2013 resta in capo al Responsabile di prevenzione della corruzione.

Non è chiara, infine, la ragione per cui l'articolo 10 del d.lgs. n. 39/2013 limiti le ipotesi di incompatibilità solo nel caso in cui l'attività di finanziamento o regolazione sia riconducibile al servizio sanitario regionale e non anche, più in generale, a quello nazionale.

NB:

L' incompatibilità sussiste, altresì, allorché gli incarichi, le cariche e le attività professionali siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado.

b) *Incompatibilità con l'esercizio di cariche politiche*

L'articolo 14 del d.lgs. n. 39/2013 si occupa, infine, delle incompatibilità tra incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali e cariche di componenti degli organi di indirizzo politico nelle amministrazioni statali, regionali e locali, applicando il principio della coincidenza tra inconfiribilità e incompatibilità.

Si pone un problema di coordinamento con le disposizioni del d.lgs. n. 267/2000 il quale, all'art. 66, dispone che "la carica di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario delle aziende sanitarie locali e ospedaliere è incompatibile con quella di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore della comunità montana".

Qualora la causa di incompatibilità sopravvenga nel corso del mandato, è previsto che sia il consiglio a contestarla, assegnando un termine di 10 giorni all'interessato per esercitare l'opzione. Inoltre, l'azione di accertamento può essere proposta da chiunque vi abbia interesse e la competenza a decidere è demandata al tribunale competente.

Anche in questi casi, al potere di accertamento del Consiglio, si aggiunge quello demandato al Responsabile di prevenzione della corruzione, diverso per il procedimento da seguire e per i termini da applicare.

Trattasi di un decreto che ha posto sin da subito dei problemi applicativi legati al fatto che tutti gli articoli che lo compongono fanno riferimento solo alle ASL ed è per questo che l' ANAC è intervenuta con delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 a risolvere la questione applicativa , sottolineando come, in

realità, nella nozione di aziende sanitarie ed ospedaliere, contenuto nell' art 1 c. 50 punto 2) l. n. 190/12, vadano incluse tutte le strutture preposte all' erogazione dei servizi sanitari, comprese anche le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Successivamente, le difficoltà applicative della normativa sulle inconfiribilità / incompatibilità riscontrate dall' ANAC, hanno spinto l' Autorità ad adottare una **delibera n. 833 del 3 agosto 2016**, con l' obiettivo di chiarire, da un lato, ruolo e compiti del RPCT nel procedimento di accertamento delle cause descritte dal d.lgs. n. 39/13 c.d. *vigilanza interna*, dall' altro, i delicati passaggi che connotano la distinta attività di verifica di quest' ultimo rispetto alla c.d. attività di *vigilanza esterna* e ai poteri di accertamento riconosciuti in capo all' ANAC.

In base a quanto previsto dall'art 15 del d.lgs. n. 39/13, il RPCT cura anche attraverso le **misure di prevenzione del PTPC**, che nell' amministrazione siano rispettate le disposizioni del decreto in esame; **contesta** all'interessato l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconfiribilità o incompatibilità ; **segnala** i casi di possibili violazioni all' ANAC, alla AGCM e alla Corte dei Conti, per eventuali responsabilità amministrative.

Nel caso di violazione delle norme sulle inconfiribilità, la contestazione della violazione va fatta nei confronti tanto dell' organo che ha conferito l' incarico quanto del soggetto cui l' incarico è stato conferito e rappresenta l' atto iniziale di un' attività che può essere svolta solo dall' RPC , comprensiva di due distinti accertamenti uno relativo alla violazione delle disposizioni sulle inconfiribilità ed uno successivo, destinato a valutare l'elemento psicologico in capo all'organo che ha conferito l' incarico, ai fini dell' applicazione della sanzione interdittiva di cui all' art 18 del decreto *de quo*.

A dire il vero, la disciplina vigente non sembra richiedere la sussistenza dell' elemento soggettivo del dolo o della colpa, limitandosi a descrivere la sanzione inibitoria (consistente nel divieto di conferire incarichi di loro competenza per 3 mesi), quasi come se fosse una conseguenza automatica della dichiarazione di nullità dell' incarico.

Sul punto l'ANAC ha ritenuto di escludere qualunque automatismo tant'è che, nonostante il silenzio della legge, con **delibera n. 67/2015**, ha provveduto a far precedere la sanzione precitata, da una verifica attenta del predetto elemento psicologico.

Accertata la sussistenza della causa di inconfiribilità dell'incarico, il **RPC dichiara la nullità della nomina e procede alla verifica dell'elemento soggettivo** del dolo o della colpa, anche lieve, **dei soggetti che all' atto della nomina componevano l'organo che ha conferito l' incarico**, ai fini dell' applicazione della sanzione inibitoria prevista dall' art 18.

La ragione di questa presa di posizione da parte dell'ANAC si comprende se si considera che la sanzione inibitoria che vieta all' organo conferente di affidare incarichi di propria competenza per un periodo di 3 mesi, è cmq una sanzione personale, di natura interdittiva, fissa che, pertanto, non può essere irrogata a prescindere da un' indagine sull' elemento psicologico di chi deve subirla.

E' evidente, allora, come il RPCT è il soggetto cui la legge riconosce non solo il potere di avvio del procedimento di accertamento e di verifica in ordine alla sussistenza di una situazione di inconfiribilità, ma è anche il dominus del procedimento sanzionatorio nei confronti degli autori della nomina dichiarata nulla perché inconfiribile .

Per tali motivi, come precisato nella delibera n. 833/16 dell'ANAC, il RPCT è tenuto a differenziare la posizione del soggetto destinatario della contestazione **ex art 15, d.lgs. n. 39/13** , da quella del soggetto che ha proceduto alla nomina e per il quale è prevista la sanzione **ex art 18, d.lgs. n. 39/13**.

L'atto di accertamento della violazione delle disposizioni del decreto in esame va pubblicato sul sito dell'Ente che ha conferito l'incarico.

Nell'ipotesi in cui il RPCT riscontra, invece, una situazione di incompatibilità, è tenuto ad effettuare una contestazione all'interessato e la causa va rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza automatica dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di 15 giorni dalla contestazione all'interessato dell'insorgere della causa di incompatibilità. (art 19).

Ciò comporta per il RPCT, il dovere di avviare un solo procedimento, quello di accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità e, una volta accertata la sussistenza di una situazione di incompatibilità a lui spetta contestare l'accertamento compiuto. Dalla data della contestazione decorrono 15 giorni, che impongono, in assenza di una scelta da parte del soggetto che verte in una situazione di incompatibilità tra l'incarico dirigenziale o di vertice e la carica in potenziale conflitto di interesse con tale incarico, l'adozione di un atto con il quale viene dichiarata la decadenza dall'incarico.

In tale contesto normativo, giova altresì, includere "*il nuovo Regolamento*" adottato **con delibera n. 328 del 29 marzo 2017**, che disciplina i procedimenti dell'Autorità concernenti l'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi, a norma del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, nonché sul rispetto delle regole sull'imparzialità dei pubblici funzionari.

Il Regolamento definisce, pertanto, le procedure per l'attuazione delle attività di vigilanza, le modalità di presentazione delle segnalazioni, l'avvio del procedimento di vigilanza.

In considerazione della complessità della materia e della applicazione particolare della misura di prevenzione della corruzione esaminata, è intenzione dell'Azienda procedere **entro il mese di ottobre**, alla predisposizione di una direttiva e alla adozione di una modulistica specifica per i diretti destinatari della normativa e di una modulistica generica per il restante personale che riveste in ogni caso funzioni dirigenziali che va equiparato al personale che si trova a lavorare nelle pubbliche amministrazioni.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

- 2020:** introduzione di direttiva in materia ai fini dell'acquisizione delle autocertificazioni e specifica modulistica. Il RPCT ha proceduto ad acquisire telematicamente le autodichiarazioni rilasciate all'atto del conferimento dell'incarico dal Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo, (con nota prot. n. 62/2020).
- 2021:** Verifica a campione ogni quadrimestre su almeno 5 dichiarazioni.
- 2022:** Verifica a campione ogni quadrimestre su almeno 7 dichiarazioni.

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT e chi rilascia la dichiarazione

9.6 M06) Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali vietati ai dipendenti

L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, nonché del personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del decreto.

In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del d.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato.



La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art. 53 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali. La l. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario.

È stato pertanto aggiunto ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, c. 5 e 7).

Il rilievo delle disposizioni dell'art. 53 ai fini della prevenzione della corruzione emerge anche considerando che il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza all'art. 18 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Un'ulteriore modifica apportata dalla l. 190/2012 riguarda la previsione di appositi regolamenti (da adottarsi su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'art. 17, co. 2, della l. 400/1988) con cui individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche (art. 53, co. 3-bis). L'Azienda Sanitaria ha provveduto all'adozione di un Regolamento in materia nel corso del 2017 adottato con delibera n. 663 del 9 agosto 2017.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53, c. 12).

Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del co. 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2020 : avvio di un'attività di sensibilizzazione nei confronti del personale interno alla Azienda Ospedaliera su tale aspetto, al fine di eliminare situazioni di criticità, attraverso il rispetto del regolamento interno o la sua adozione nell'anno ove non ancora previsto. Avvio di un monitoraggio e verifica delle situazioni esistenti di cui il RPCT darà contezza nel prossimo semestre dell'anno 2020.

2021: implementazione della attività di verifica nei due presidi ospedalieri

2022: aggiornamento del Regolamento se necessario , per sopravvenuta modifica del quadro normativo.

9.7 M07) Formazioni di commissioni, assegnazioni agli uffici , conferimento di incarichi

L'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 si rivolge alle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001. In merito all'ambito oggettivo, l'art. 35-bis prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

→ di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

→ di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;

→ di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Si evidenzia, peraltro, che il codice dei contratti pubblici, nel disciplinare le commissioni giudicatrici, richiama espressamente l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 (art. 77, co. 6, del d.lgs. 50 del 2016). La nomina in contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

L'art. 35-bis prevede, dunque, ipotesi interdittive allo svolgimento di determinate attività per qualsiasi dipendente, quale che sia la qualifica giuridica, condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT non appena ne sia a conoscenza provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.

L'Azienda Ospedaliera ha provveduto con delibera n.212 del 9 Marzo 2017 ad adottare un regolamento ad hoc sulla formazione dei commissari di gara e di concorso.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2020 : avvio di un monitoraggio a cura del RPCT (nota prot. n. 65/2020) sul rispetto dell'obbligo di autocertificazione circa l'assenza delle cause ostative indicate dalla normativa citata per

- a) membri commissione e segretari di commissioni di concorso e di aggiudicazione;
- b) Titolari di uffici di direzione in aree a rischio.

2021: acquisizione da parte degli uffici interessati di una relazione semestrale sull'attuazione della misura.

2022: implementazione della misura.

SOGGETTI RESPONSABILI: Tutti i Dirigenti e dipendenti che facciano parte di commissioni di gara o di concorso

9.8 M08) Il Whistleblowing

In Italia la prima disciplina sul whistleblowing è stata introdotta con la **legge 190/2012 (c.d. legge "Severino")**, che ha inserito l'art. 54-bis nel corpo del Testo unico del pubblico impiego (d.lgs. 165/2001), prevedendo un regime di speciale tutela del dipendente pubblico che segnalava all'Autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti o ancora all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) ovvero riferiva al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui era venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, "al fine di incentivare i medesimi dipendenti a denunciare gli illeciti rilevanti partecipando all'emersione dei fenomeni di corruzione e di mala gestio". La disciplina è stata integrata dal **decreto legge 90/2014**, convertito nella legge 114/2014, che ha modificato l'art. 54-bis, introducendo l'ANAC quale soggetto destinatario delle segnalazioni. Da allora, l'ANAC è chiamata a gestire non solo le segnalazioni provenienti dal suo interno, ma anche quelle derivanti da altre amministrazioni pubbliche.

Al termine di un lungo e travagliato iter legislativo, il 30 novembre 2017 è stata approvata la legge 179/2017 recante “*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui sono venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*”. La legge in parola introduce quindi un sistema binario, prevedendo una tutela sia per i lavoratori del settore pubblico sia per i lavoratori del settore privato. Il provvedimento mira a incentivare la collaborazione dei lavoratori per favorire l’emersione di pratiche illegali realizzate all’interno di enti pubblici e privati.

Tra gli aspetti più salienti della novella (L. 29/12/2017 n. 179) si segnalano :

- Un ampliamento della tutela al dipendente di un ente pubblico economico o di un ente privato sottoposto a controllo pubblico.
- il RPCT diventa unico destinatario della segnalazione.
- E’ prevista la nullità per ogni atto discriminatorio posto in essere dall’amministrazione pubblica nei confronti del segnalante;
- Previsione di sanzioni salatissime in capo a colui che ha adottato la misura discriminatoria (da € 5.000 ad € 30.000).
- Previsione di sanzioni salatissime in caso di mancato svolgimento da parte del RPCT di un’attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute (da € 10.000 ad €50.000).
- Inversione dell’onere della prova in capo all’ Ente, tenuto a provare che la misura ritorsiva adottata nei confronti del segnalante esula da ragioni legate alla segnalazione.
- Le tutele previste dalla legge per chi fa la segnalazione non sono offerte in caso di accertata responsabilità penale per calunnia o diffamazione.

La normativa che disciplina l’istituto del whistleblowing ha tardato ad affermarsi nel nostro Paese. Tale ritardo appare riconducibile in generale a un vecchio retaggio culturale secondo cui chi denuncia è un delatore o una spia e, in particolare, al fatto che i pubblici dipendenti non percepiscono il suo utilizzo come strumento di prevenzione della corruzione, non vogliono creare problemi ai colleghi che potrebbero essere coinvolti in pratiche illecite, sono diffidenti sulla possibilità che il sistema possa garantire loro una efficace tutela contro il rischio di ritorsioni da parte dei datori di lavoro.

In linea con le indicazioni della L. n. 179/17, l’Ente ha provveduto ad accreditarsi sulla piattaforma *whistleblowingPA di Transparency International*, pubblicando in Amministrazione Trasparente-Altri Contenuti-WHISTLEBLOWING il relativo link che di seguito si riporta :

<https://sangiuseppemoscati.whistleblowing.it>

Con nota prot .n. 64/2020, il RPCT ha provveduto a comunicare il link a tutti gli uffici dell’Azienda Ospedaliera Moscati.

Si segnala, infine, che il Parlamento Europeo ha approvato il 7/10/2019 la nuova direttiva sul whistleblowing destinata ad essere recepita in Italia entro due anni.

AZIONI DA INTRAPRENDERE NEL TRIENNIO

2020: accreditamento presso la piattaforma whistleblowingPA di Transparency International e comunicazione del link a tutti gli uffici per accedere alla piattaforma

2021: verifica esito procedura informatizzata

2022: implementazione della misura

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT e tutto il personale

9.9 M09) Il Patto di Integrità

L'art 1 c. 17, l. n.1 90/12 impone a tutte le pubbliche amministrazioni l'adozione dei patti di integrità per l'affidamento di commesse pubbliche, come misura di prevenzione della corruzione specifica per le gare d'appalto.

Si tratta di strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e, in forza di tale azione, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici. Si tratta, in particolare, di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzato ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale - nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto - che sotto il profilo del contenuto - nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

Inoltre, nelle Linee guida adottate con la delibera n. 494/2019, l'ANAC ha suggerito di utilizzare il patto di integrità per vincolare i soggetti privati con cui entra in contatto l'ente al rispetto dei codici di comportamento, della disciplina relativa al divieto di pantouflage e a quella relativa al conflitto di interessi. L'Autorità ha, poi, suggerito nella precitata linea guida, l'inserimento nei patti di integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari mediante cui si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della insussistenza di possibili conflitti di interessi rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente. È stata evidenziata, altresì, l'opportunità di prevedere, sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti.

AZIONE DA INTRAPRENDERE

2020 : Adozione di un patto di integrità da richiamare nei bandi o contratti, quale misura specifica per le procedure di scelta del contraente. Con deliberazione del DG n. 495/2020 è stato adottato il patto di integrità

2021: avvio di monitoraggio sull'attuazione della misura tramite verifica a campione a cura del RPCT, le cui risultanze saranno incluse nella relazione annuale.

2022: implementazione della misura.

SOGGETTI RESPONSABILI:

il RPCT, i Direttori UU.OO.CC. Provveditorato e Economato e GRU, i Dirigenti in fase di attuazione.

9.10 M10) La Formazione

La l. n. 190/12 prevede che il RPCT definisca misure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo.

La formazione in materia di anticorruzione e trasparenza è obbligatoria e non rientra nei limiti di spesa previsti dal d.l. n. 78/2010 come confermato dalla giurisprudenza contabile della Corte dei Conti Emilia Romagna – Deliberazione n. 276/2013.



La presente misura costituisce “ obiettivo strategico” al punto 1) della Deliberazione del Direttore Generale n. 208 del 2/03/2020, nella parte in cui recita : “implementazione dei corsi di formazione del 15% rispetto all’ anno precedente in materia di trasparenza e privacy al fine di garantire un coordinamento tra le due normative”

AZIONI DA INTRAPRENDERE :

- 2020:** avvio della formazione base per Dirigenti dell’area amministrativa e dell’ area medica;
- 2021:** predisposizione di un piano di formazione annuale per Direttori / Responsabili di struttura e personale operante in aree a rischio;
- 2022:** la verifica sul rispetto della misura verrà fatta prendendo in considerazione le attività che saranno deliberate nel piano di formazione adottato dall’ Azienda Ospedaliera. Monitoraggio sulla formazione ai fini della rotazione del personale su base pluriennale.

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, Direttori/ Responsabili di struttura/ Responsabile ufficio formazione

9.11 M11) La rotazione ordinaria e straordinaria del personale

La rotazione *ordinaria* del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L’alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate. In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. In particolare occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell’amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva attinenti al rapporto di lavoro e a vincoli di natura oggettiva, connessi all’assetto organizzativo dell’amministrazione. Tra i **vincoli “soggettivi”** ritroviamo : i diritti sindacali, la legge 5 febbraio 1992 n. 104 (il permesso di assistere un familiare con disabilità) e il d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151/3 (congedo parentale).

La rotazione va correlata all’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 (**vincoli “oggettivi”**): infatti, tra i condizionamenti legati all’applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta infungibilità derivante dall’appartenenza a categorie o professionalità specifiche.

Per tali motivi, ai fini della applicazione della misura è necessario procedere ad una programmazione della rotazione ed è necessario stabilire i criteri della rotazione: a) gli uffici che saranno coinvolti; b) le caratteristiche della rotazione, cioè funzionale o territoriale; c) la sua periodicità.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità

In base alle indicazioni dell’ANAC, sarebbe opportuno che l’organo politico, previa verifica dei contratti in scadenza e quindi, degli uffici potenzialmente interessati dalla applicazione della misura,

procedesse alla adozione di un atto di indirizzo che contenga i criteri della rotazione prima declinati. All' uopo sempre l' Autorità, suggerisce di coinvolgere prima gli uffici più esposti al rischio di corruzione, per poi considerare gli uffici con un livello di esposizione al rischio più basso; potrebbe risultare, altresì, utile programmare in tempi diversi, e quindi non simultanei, la rotazione dell'incarico dirigenziale e del personale non dirigenziale all'interno di un medesimo ufficio, oltre al necessario distinguo tra l' area amministrativa, tecnica e medica, come tempi di applicazione della misura. Di qui l'importanza di adottare un *“piano aziendale di rotazione”* articolato su base pluriennale, che preveda la rotazione del personale dirigenziale e non dirigenziale.

Con la delibera n. 663 del 9 Agosto 2017, l'Azienda Ospedaliera ha proceduto alla adozione di un regolamento recante i criteri di rotazione del personale, che tuttavia è da considerarsi ormai superato dall'allegato 2 al PNA 2019.

Nei casi in cui non è possibile applicare la misura della rotazione ordinaria, l'Azienda procederà alla applicazione della misura alternativa, ovvero alla c.d. **segregazione delle funzioni**, nonché alla rotazione straordinaria degli incarichi nelle ipotesi di corruzione accertata nell'Ente alla luce delle modifiche introdotte dalla c.d. legge spazza- corrotti (l. 9/01/2019 n. 3) e dei suggerimenti contenuti nella linea guida ANAC n. 215 del 26/03/2019.

L'istituto della rotazione straordinaria è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. **La norma citata prevede, infatti, la rotazione del personale “nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”.**

Dalla disposizione si desume l'obbligo per l'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, tesa a garantire che nell' area/ ufficio in cui si sono verificati i fatti oggetto di 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 consiste in un provvedimento dell'amministrazione, adeguatamente motivato, con il quale viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'ente e con il quale viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito.

Pur non trattandosi di un procedimento sanzionatorio di carattere disciplinare, è necessario che venga data all'interessato la possibilità di contraddittorio.

Il provvedimento, poiché può avere effetto sul rapporto di lavoro del dipendente/dirigente, è impugnabile davanti al giudice amministrativo o al giudice ordinario territorialmente competente, a seconda della natura del rapporto di lavoro in atto.

Con l'obiettivo di fornire chiarimenti sui profili critici sopra rappresentati, l'ANAC ha adottato la recente delibera 215/2019, recante «Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001».

La norma in commento, se da un lato, afferma che la misura trova applicazione non appena l'amministrazione sia venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale o disciplinare legato alla messa in atto da parte del dipendente di condotte di natura corruttiva, dall' altro non chiarisce né *i reati presupposti*, la cui commissione fa scattare l'applicazione della misura né *il momento del procedimento penale* in cui l'amministrazione è tenuta tramite l' adozione di un provvedimento formale a fare una valutazione sulla applicabilità della misura.

Per l'ANAC, il momento dell'applicazione della misura della rotazione deve coincidere con l'iscrizione del soggetto nel registro delle notizie di reato, in quanto con tale atto prende avvio il procedimento penale ed in considerazione del fatto che al registro possono accedere solo l' autore del reato, la persona offesa ed i relativi difensori; per cui, ad avviso dell' Autorità, l'ente è tenuto ad



adottare un provvedimento che disponga l'applicazione della misura o la conferma dell'incarico in attesa degli esiti del procedimento penale.

Tuttavia, se ci si sofferma sulle modifiche apportate dalla l. n. 3/2019 c.d. legge spazza-corrotti, colpisce che la linea guida nulla dice al riguardo.

L'avvento della legge e le modifiche da essa apportate al regime delle pene accessorie (art 317 bis c.p.), hanno, di fatto stravolto l'applicazione della misura in caso di sentenza di condanna superiore a 2 anni, se si considera che la nuova legge da un lato, dice che se il dipendente viene condannato con una pena superiore a 2 anni è sospeso ipso iure dalla legge, dall'altro non specifica di che tipo di sentenza si tratta (I grado o definitiva); si comprende come, di fatto queste lacune normative, hanno finito per restringere il campo di applicazione della misura da parte delle pubbliche amministrazioni in senso lato.

Per i motivi esposti, di conseguenza, la misura della rotazione **STRAORDINARIA** troverà applicazione :

- solo per la fase di mezzo tra il rinvio a giudizio o l'iscrizione nel registro delle notizie di reato (come sostenuto dall' ANAC) e la sentenza di condanna di primo grado **solo ed esclusivamente per i reati di cui all' art 1 c. della l. n. 3/2019 e dell' art 3 del d.lgs. n. 39/13**
- è rimodulata dal legislatore quella successiva alla condanna sotto i 2 anni, laddove non trova applicazione la pena accessoria;
- è cancellata l'applicazione della misura per le ipotesi di condanna sopra 2 anni, in considerazione del fatto che, in base alla legge c.d. spazza corrotti il dipendente è come chiarito in precedenza, sospeso *ipso iure*.

Per i motivi esposti, l'Azienda Ospedaliera si riserva nei casi di rinvio a giudizio e fino alla sentenza di primo grado per i reati indicati nella l. n. 3/2019 di decidere se adottare un provvedimento di conferma dell'incarico fino alla sentenza di primo grado o di revoca della fiducia e, in quest' ultimo caso, di procedere alla applicazione della misura della rotazione.

AZIONI DA INTRAPRENDERE :

- 2020:** avvio di una verifica interna volta ad individuare gli uffici che potrebbero essere interessati dalla applicazione della misura della *rotazione ordinaria*
- 2021:** eventuale adozione di un atto di indirizzo volto alla fissazione dei criteri della rotazione laddove la verifica dei contratti in scadenza rivelasse buone condizioni per l'applicazione della misura
- 2022** predisposizione del piano aziendale di rotazione o, adozione della misura alternativa alla rotazione nota come la segregazione delle funzioni.

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, DIRETTORE GENERALE,

9.12 M12) Il divieto di PANTOUFLAGE

La misura mira a prevenire il rischio che, durante il periodo lavorativo il dipendente possa, sfruttando il ruolo che ricopre all'interno dell'Ente pubblico, precostituirsi situazioni lavorative al fine di poter poi, una volta concluso il rapporto con l'amministrazione, ottenere un impiego più vantaggioso presso l'impresa o il soggetto privato con cui ha avuto contatti.

Per eliminare il rischio di accordi fraudolenti, il legislatore ha limitato la capacità negoziale del dipendente cessato dall'incarico pubblico per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego. Ne deriva che ***“ i dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali non possono svolgere in detto periodo attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione o dell'ente, svolta attraverso i medesimi poteri”***.

Per “attività lavorativa o professionale” deve intendersi *“qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi con i soggetti privati, mediante l’assunzione a tempo determinato o indeterminato o l’affidamento di incarico o consulenza da prestare in loro favore”*.

Per **“poteri autoritativi e negoziali”** si intendono *“i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l’acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari, atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere”*.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti sono nulli; ai soggetti privati che li hanno conferiti o conclusi è vietato di contrattare con la P.A interessata per 3 anni successivi e sono tenuti a restituire compensi eventualmente percepiti.

Per tali motivi:

1) Negli atti di gara è inserito l’obbligo di autocertificazione, da parte dei concorrenti di non avere stipulato rapporti di collaborazione/lavoro dipendente con ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti. L’obbligo di rendere la predetta dichiarazione è stato ribadito nei bandi-tipo emanati dall’Autorità in attuazione del d.lgs. 50/2016, recante il codice dei contratti pubblici.

2) Analogo obbligo dovrà essere previsto dai Dirigenti, con apposita clausola da inserire nei contratti stipulati.

3) Infine, l’Azienda Ospedaliera si impegna a predisporre un’autodichiarazione da far sottoscrivere al dipendente in fase di cessazione del rapporto con l’Azienda, con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali e successive contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

Con la sentenza n. 7411/19 il Consiglio di Stato, dopo aver ribadito la competenza dell’ANAC in merito alla vigilanza ed all’accertamento delle fattispecie di pantouflage previste dall’art 53, c. 16-ter, D.lgs. n. 165/2001, ne ha riconosciuto anche i poteri sanzionatori (comunicato ANAC del 30 ottobre 2019).

AZIONI DA INTRAPRENDERE :

2020: predisposizione di autodichiarazione da far firmare al dipendente all’atto della cessazione del rapporto di lavoro con l’Azienda Ospedaliera.

2021: avvio di un monitoraggio sulle dichiarazioni acquisite.

2022: implementazione della misura.

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, Direttore U.O.C Provveditorato ed Economato e G.R.U.

10 IL MONITORAGGIO E IL RIESAME

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l’attuazione e l’adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate.

Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che 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. I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Al fine di disegnare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione è necessario che il PTPCT individui un sistema di monitoraggio sia sull'attuazione delle misure sia con riguardo al medesimo PTPCT. L'attività di monitoraggio non coinvolge soltanto il RPCT, ma interessa i referenti, laddove previsti, i dirigenti e gli OIV, o organismi con funzioni analoghe, che concorrono, ciascuno per i propri profili di competenza, a garantire un supporto al RPCT.

Il RPCT ha provveduto ad attivare un sistema di monitoraggio interno semestrale, attraverso l'avvio di un attività di confronto e di interlocuzione con i Direttori di Dipartimento e di UU.OO.CC, diretto a verificare l'effettiva attuazione delle misure descritte nel piano adottato al 31 gennaio 2020 rispetto ai processi di loro competenza, perchè soltanto la loro concreta attuazione consente di comprenderne eventuali criticità e, in alcuni casi, svela la necessità di una loro integrazione.

Gli esiti di questa attività saranno inseriti entro il 30 ottobre 2020 nel PTPCT in occasione del completamento della mappatura dei processi in base al nuovo sistema di gestione del rischio di cui all' allegato 1 del PNA 2019 e del II aggiornamento che interesserà il piano anticorruzione.

Come ribadito dall' ANAC nel PNA 2019, tutti i responsabili degli uffici e i dipendenti, in caso di richiesta da parte del RPCT di informazioni relative alla attuazione delle misure di prevenzione, hanno il dovere di fornire supporto necessario al RPCT.

Tale dovere, laddove disatteso, può dar luogo a provvedimenti disciplinari.

Le risultanze del monitoraggio sulle misure di prevenzione della corruzione costituiscono il presupposto per la definizione del successivo piano anticorruzione.

Entro il 15 gennaio, ciascun Direttore di Dipartimento/ UU.OO.CC trasmetterà un report indicante un'autovalutazione sull' efficacia delle misure descritte in relazione ai processi/ procedimenti di sua competenza, evidenziando anche eventuali criticità, in modo da poterle implementare in vista della adozione del PTPCT 2021-2023.

In particolare, l'attività di verifica riguarderà gli aspetti di seguito declinati:

- a) il numero dei procedimenti per i quali non siano stati rispettati i tempi del procedimento e la percentuale rispetto al numero complessivo dei procedimenti e la motivazione;
- b) il numero dei procedimenti per i quali non siano stati rispettati gli obblighi in materia di trasparenza e pubblicità previsti dal Piano della trasparenza;
- c) l'attestazione, eventuale, della attuazione di misure ulteriori proposte al fine di prevenire e contrastare i connessi fenomeni di corruzione;
- d) Comunicazione del numero di proroghe contrattuali / affidamenti diretti;
- e) Comunicazione del numero totale degli affidamenti effettuati nel periodo di riferimento del report e il numero di affidamenti con almeno una variante;
- f) Comunicazione sul numero totale delle istanze di accesso civico semplice e generalizzato oltre che documentale trattate;
- g) Attestazione ai sensi dell'art 6 bis, l. n. 241/'90, art. 35 bis e 53 del d.lgs. n. 165/01.

Gli esiti del monitoraggio confluiranno in una tabella che verrà inserita nel piano.

Come ribadito più volte dall' ANAC, è opportuno che il monitoraggio delle misure non si limiti alla sola attuazione delle stesse ma contempli anche una valutazione della loro idoneità, intesa come effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo, secondo il principio guida della "effettività". Tale ultima attività spetta al RPCT.

11 PIANO DELLA PERFORMANCE/ OBIETTIVI STRATEGICI/PTPCT

A seguito delle modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/16 e dal d.lgs. n. 74/17, **gli obiettivi strategici** in materia di anticorruzione e trasparenza declinati nel presente piano anticorruzione **confluiscono di diritto nel Piano Performance**; di conseguenza, gli adempimenti imposti dalla l. n. 190/12 e dai suoi decreti attuativi (il flusso costante delle pubblicazioni, l' obbligo di relazione annuale e l' obbligo della mappatura dei processi unitamente al monitoraggio a cura dei Direttori di Dipartimento o di Struttura complessa) costituiscono ex se " **obiettivi performance**".



II PARTE

12 La TRASPARENZA AMMINISTRATIVA

La disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni è stata oggetto di penetranti interventi normativi. In particolare, in attuazione della delega contenuta nella l. n. 190/12, il Governo ha adottato il d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33, recante il *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte della P.A.”*, in cui, nel ribadire che la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni, quale livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell’art. 117 della Costituzione, è stato evidenziato che essa è finalizzata alla realizzazione di un’ amministrazione aperta e al servizio del cittadino, (art 1, comma 2, d.lgs. n.33/2013).

12.1 FINALITA’ TRASPARENZA

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l’efficienza e l’efficacia dell’azione amministrativa.

Essa, infatti, consente:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo ;
- la conoscenza dei presupposti per l’avvio e lo svolgimento del procedimento e, se ci sono blocchi anomali dello stesso;
- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e se l’utilizzo di tali risorse è deviato verso finalità improprie;

Come noto, infatti, la legge anticorruzione recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*, ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione, prevedendo l’obbligo dell’elaborazione da parte delle amministrazioni pubbliche di un Piano Triennale di prevenzione della corruzione.

Successivamente, con il decreto n. 33/13 attuativo della legge 190, il Governo ha provveduto a consolidare l’idea della trasparenza intesa come accesso alle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche, promuovendo la partecipazione del cittadino al dibattito politico.

E’ emerso, allora, con chiarezza, che la trasparenza non è da considerare un fine, ma uno strumento per avere una P.A. che operi con etica ed in modo efficiente ed economico.

12.2 ACCESSO AGLI ATTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Tale provvedimento ha complessivamente operato una sistemazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi ed ha disciplinato per la prima volta l’istituto dell’*“accesso civico”*, (art 5, d.lgs. n. 33/2013).

Successivamente, con il d.lgs. n. 97/16 attuativo della riforma Madia, sono stati apportati al decreto sulla trasparenza importanti modifiche, tanto che al termine della riforma è mutata la rubrica del d.lgs. n. 33/13 in *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”* in luogo del precedente titolo *“ Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*.

L’art 2 del d.lgs. n. 97/16 nel novellare l’ **art 1 c. 1 del D.lgs. n. 33/13** ha modificato la nozione generale di **“trasparenza”** intesa ora come *“accessibilità totale ai dati ed ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni”* (e non più semplicemente come accessibilità totale alle informazioni relative all’ organizzazione e all’ attività delle pubbliche amministrazioni), perciò volta non solo a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’ utilizzo delle

risorse pubbliche, ma anche a tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

L'art 2 novellato individua in maniera più dettagliata l'oggetto del decreto legislativo riferendosi alla libertà di accesso ai dati e ai documenti detenuti sia dalle PP. AA., sia dagli enti pubblici e dalle società controllate o partecipate da amministrazioni pubbliche, come meglio specificato dall'art 2 bis. Tale diritto può essere esercitato da "chiunque", ma tale libertà trova un limite nella tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, attraverso due strumenti: "la pubblicazione obbligatoria dei documenti della P.A. relativa alla propria organizzazione e attività e l'accesso civico", nella duplice accezione sia di diritto di accedere ai documenti che le amministrazioni pubbliche hanno omesso di pubblicare nonostante fossero obbligate per legge cd. "accesso civico semplice" disciplinato dall'art 5 c. 1 d.lgs. n. 33/13, sia di diritto di informazione generalizzata su tutti gli atti anche quelli non sottoposti a pubblicazione obbligatoria, pur nei limiti di cui agli artt. 5 bis, d.lgs. n. 33/13, c.d. accesso civico generalizzato disciplinato al c. 2 dell'art 5.

L'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico "semplice", ma si tratta di diritti di accesso destinati a muoversi su binari differenti.

L'art 2 bis del d.lgs. n. 33/13, introdotto dal d.lgs. n. 97/16 ha poi, di fatto, ridefinito l'ambito soggettivo di applicazione della disciplina sulla trasparenza rispetto a quanto era, in passato, contemplato dall'ormai abrogato articolo 11 del d.lgs. n. 33/13.

Esso individua tre macro categorie di soggetti tenuti al rispetto delle regole sulla trasparenza:

1) Pubbliche amministrazioni di cui all'art 1, c. 2 del d.lgs. n. 165/01, in cui sono ricomprese anche le aziende e gli enti appartenenti al SSN, le autorità portuali nonché le autorità amministrative indipendenti di garanzia, vigilanza e regolazione, (art 2 bis c.1, d.lgs. n. 33/13);

2) enti pubblici economici, ordini professionali, società in controllo pubblico, associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato, sottoposti alla medesima disciplina prevista per le p.a. "in quanto compatibile", (art 2 bis, c. 2, d.lgs. n. 33/13);

3) società a partecipazione pubblica, associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato soggetti alla medesima disciplina in materia di trasparenza prevista per le p.a. "in quanto compatibile" e, "limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all'attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale e dell'Unione Europea", (art 2 bis, c. 3, d.lgs. n. 33/13).

Al fine di operare una generale ricognizione dell'ambito soggettivo ed oggettivo degli obblighi di trasparenza, l'ANAC è intervenuta con una linea guida approvata con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, sostitutiva della delibera n. 50/2013 e con la delibera n. 1309 sempre del 28 dicembre 2016, relativa all'accesso civico.

La delibera n. 1310/16 si sofferma su tre aspetti fondamentali andando a sigillare quanto previsto dal legislatore in termini di necessario aggancio tra il PTPCT e i documenti programmatici e, di riflesso, il contenuto oggi necessario che il PTPCT di un Ente deve recare per evitare di incorrere in sanzione (obiettivi strategici - nominativi dei soggetti responsabili della comunicazione e pubblicazione dei dati, documenti o informazioni); la modifica, poi degli obblighi di pubblicazione e quindi di alcuni articoli del d.lgs. n. 33/13 e le sanzioni per mancato adempimento agli obblighi di pubblicazione.

La delibera n. 1309/16, invece, si sofferma su un elemento importante della riforma tale da indurre le amministrazioni a modificare organizzazione e comportamenti, consiste nel c.d. ampliamento dei casi di ricorso all'accesso civico, oggi inteso nella duplice veste di "accesso semplice", che consente a chiunque di richiedere ad un Ente la pubblicazione di un atto, oggetto di pubblicazione obbligatoria, ma in realtà non pubblicato e di "accesso civico generalizzato" inteso come accessibilità totale non solo ad informazioni, ma anche a dati e documenti detenuti da un pubblica amministrazione fermo restando i limiti degli interessi pubblici o privati, indicati nell'art 5 bis, che richiedono un bilanciamento con il c.d. diritto alla conoscibilità che oggi alla luce del d.lgs. n. 97/16 merita di essere tutelato. Viene, inoltre, dettata una disciplina puntuale per tutelare eventuali controinteressati, cioè coloro che potrebbero subire un pregiudizio dall'accesso a:

- **Dati personali**
- **Corrispondenza**
- **Interessi economici, commerciali, diritti d' autore.**

Il legislatore, però, non ha modificato la L. n. 241/90 sull' accesso agli atti amministrativi, per cui convivono 3 tipologie di accesso che necessitano di trovare una loro dimensione.

Nei paragrafi 2.2. e 2.3 delle Linee Guida (deliberazione ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016) l'Autorità anticorruzione ha fissato le differenze tra accesso civico semplice, accesso civico generalizzato ed accesso documentale ex legge 241/1990.

L'accesso civico semplice è attivabile per atti, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e "costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza" (ANAC deliberazione 1309/2016 pag. 6).

Al contrario, l'accesso generalizzato "si delinea come affatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3)".

L'ANAC sostiene che l'accesso generalizzato debba essere tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso "documentale" di cui agli articoli 22 e seguenti della legge sul procedimento amministrativo. La finalità dell'accesso documentale è ben differente da quella dell'accesso generalizzato. E' quella di porre "i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative o oppositive e difensive - che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari". Infatti, dal punto di vista soggettivo, il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso".

Inoltre, se la legge 241/1990 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto d'accesso documentale per sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, l'accesso generalizzato, al contrario, è riconosciuto dal legislatore proprio "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico".

Ne deriva che, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/1990 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi" (ANAC deliberazione 1309/2016 pag. 7).

Nel caso dell'accesso documentale della legge 241/1990 la tutela può consentire "un accesso più in profondità a dati pertinenti", mentre nel caso dell'accesso generalizzato le esigenze di controllo diffuso del cittadino possono "consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all'operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l'accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni".

Per i motivi esposti, l' AORN Moscati ha provveduto sia ad istituire un registro informatico per monitorare le istanze di accesso che ad adottare **un Regolamento sull'accesso civico con delibera n. 358 del 21 aprile 2017**, destinato ad essere aggiornato insieme alla modulistica allegata, in considerazione dell'entrata in vigore del GDPR n. 679/16 e del d.lgs. n. 101/18, che ha riscritto il Codice Privacy.

12.3 MISURE PER GARANTIRE L'EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO

Con l'accesso civico è stata riconosciuta la partecipazione e la collaborazione diretta del cittadino-utente. L'attivazione di questo strumento di tutela diffusa non richiedeva una motivazione, era gratuita e non presupponeva una situazione legittimante in capo all'istante. L'amministrazione era tenuta a rispondere entro 30 giorni e a procedere alla pubblicazione sul sito di quanto richiesto, con evidente beneficio non solo per il richiedente, ma anche per l'intera collettività.

Oggi, invece, a seguito della riforma ad opera dell'art 6 del precitato d.lgs. n. 97/16 e, in considerazione dell'obiettivo del c.d. FOIA, ovvero, quello di consentire l'accesso ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni per i quali non vi fosse l'obbligo della pubblicazione, è consentito *a chiunque senza motivazione di accedere ai dati e documenti detenuti dalle amministrazioni pubbliche, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione*, (art 5 c. 2, d.lgs. n. 33/13).

Il primo elemento da cogliere è che l'accesso civico non ha più solo come presupposto l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, ma è utilizzabile da chiunque senza motivazione sui dati e sui documenti detenuti dalla P.A. ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Il Consiglio di Stato ha, al riguardo, parlato di trasparenza di tipo "reattivo" alle istanze di conoscenza avanzate dagli interessati, che si aggiunge a una trasparenza di tipo "proattivo" realizzata grazie alla pubblicazione sui siti istituzionali dei documenti, informazioni e dati indicati dalla legge.

In coerenza con il quadro normativo, il diritto di accesso civico c.d. generalizzato non richiede una situazione legittimante in capo all'istante e non richiede una motivazione oltre ad essere gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali, (c.d. diritti di segreteria).

Ai sensi del c. 3 del medesimo articolo, l'istanza può essere trasmessa per via telematica e le istanze presentate per via telematica sono valide se :

- sottoscritte mediante firma digitale
- l'istante è identificato attraverso il sistema pubblico di identità digitale, nonché carta di identità elettronica
- sono state sottoscritte e presentate unitamente alla copia del documento di identità
- trasmesse dall'istante mediante la propria PEC

Resta salva la possibilità di presentare l'istanza anche a mezzo posta, fax o direttamente presso i seguenti uffici :

- all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti
- all'ufficio relazioni con il pubblico o ad altro ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione "Amministrazione- Trasparente" del sito istituzionale
- al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove l'istanza abbia ad oggetto dati, documenti, informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria in base al d.lgs. n. 33/13.



12.4 OBBLIGO DI RISPOSTA DELLA P.A.

N.B. La P.A. è tenuta a rispondere entro e non oltre 30 giorni.

Le risposte all'istanza di accesso civico di cui all' art 5 c. 2, saranno date al cittadino direttamente dal settore competente che detiene gli atti ; laddove la richiesta coinvolga più settori, il riscontro sarà dato da quello che detiene il provvedimento finale.

Nell'ottica di un necessario coordinamento tra la disciplina sulla trasparenza e la nuova disciplina introdotta dal GDPR n. 679/16, merita di essere richiamata la circolare n. 2/2017 del Dipartimento della funzione pubblica che ha introdotto, rispetto alle istanze di accesso civico generalizzato il c.d. principio di ragionevolezza, invitando, l'ente a fare una valutazione dell'istanza che arriva alla luce dei seguenti aspetti:

1. L'eventuale attività di elaborazione (ad es. oscuramento di dati personali) che l'amministrazione dovrebbe svolgere per rendere disponibili;
2. Le risorse che occorrerebbe impiegare per soddisfare la richiesta, da quantificare in rapporto al numero di ore di lavoro per unità personale;
3. La rilevanza dell'interesse conoscitivo che la richiesta mira a soddisfare.

Sempre in tale contesto giova richiamare la **circolare n. 1/2019 del Ministro della pubblica amministrazione** che è, invece, entrata nel merito di alcune lacune del decreto sulla trasparenza, in particolare l'ipotesi di un mancato coinvolgimento dei c.d. contro-interessati nel procedimento relativo alla istanza di accesso pervenuta all' ente. La circolare ha, infatti, chiarito che l'integrazione del contraddittorio può avvenire solo in sede di riesame comunicando ai contro-interessati l'avvio del procedimento ai sensi dell'art 7, l. n. 241/'90 e che tale richiesta di riesame deve avvenire entro 30 giorni dalla decisione data dall' ente sulla prima istanza, termine che si ricava dalla legge del '71 sui ricorsi amministrativi.

Balza agli occhi , infine, sempre nella circolare n. 1/2019, l'obbligatorietà della nomina del c.d. **Responsabile della transizione digitale**, cioè di colui (soggetto interno all' ente), che dovrà aiutare l' ente pubblico nel processo di informatizzazione. A tal proposito si evidenzia che, l' AORN Moscati ha proceduto alla nomina di dott. Versace già responsabile del SIA " Servizio informatico Aziendale"

" Dati aperti e riutilizzo"

Il d.lgs. n. 97/16 non ha modificato il contenuto dell'art 7 del decreto sulla trasparenza; per cui la disposizione continua ad obbligare le PP.AA. a rendere pubblici secondo il paradigma dei "dati aperti" ed a "riutilizzare" documenti, dati ed informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e di accesso civico.

La disposizione anche se formalmente è la stessa del decreto originario, richiama in larga parte riferimenti normativi interni ed esterni al d.lgs. n. 33/13, che, invece, hanno subito delle modifiche rilevanti nel corso di questi ultimi anni.

Da un lato, l'accesso civico è stato profondamente modificato, dall'altro, il d.lgs. n. 102/15 emanato in attuazione della direttiva europea sul riutilizzo dell' informazione nel settore pubblico, ha apportato delle modifiche rilevanti alle altre 2 disposizioni richiamate nell' art 7: l' art 68 del codice dell'amministrazione digitale, nella parte in cui declina la nozione di dato aperto e gran parte della disciplina italiana sul riutilizzo dei dati contenuta nel d.lgs. n. 36/'06, adattata alle nuove previsioni della direttiva 2013/37/UE.

E' utile, anche per comprendere il contesto giuridico culturale in cui si inserisce l'art 7, distinguere due concetti vicini, ma diversi.

Nella disciplina sul riutilizzo dei dati pubblici europea e nella sua declinazione italiana, prevale la gestione proprietaria dei dati, intesa alla loro valorizzazione economica e commerciale. Ne deriva che le PP.AA. hanno ampi margini di discrezionalità sull' *an* (se permettere o meno il riutilizzo), sul *quantum* (quali e quanti dati), sul *quomodo* (attraverso la commercializzazione diretta o strumenti di copyright pubblico, come la predisposizione di licenze) nel rilascio di dati e informazioni.

Quando parliamo di dati aperti, invece, facciamo riferimento a tipologie di dati che chiunque può utilizzare, riutilizzare e diffondere. In tal caso però, la P.A. non assume un atteggiamento "proprietario" nei confronti dei dati, ma i dati e le informazioni in suo possesso, per le loro caratteristiche intrinseche e per le loro modalità di raccolta sono considerati beni comuni. Ne deriva che gli scopi che vengono perseguiti con gli open data, non sono di valorizzazione economica e commerciale, ma la garanzia di una maggiore trasparenza amministrativa e la circolazione libera dei dati, informazioni per una maggiore conoscenza collettiva degli stessi.

La complementarietà tra dati aperti, trasparenza e il rapporto tra quest'ultima e il riutilizzo dei dati e delle informazioni pubbliche costituisce la ratio che ha portato il legislatore a prevedere un articolo come l' *art 7* e mette in evidenza come la trasparenza non sia più solo sinonimo di prevenzione della corruzione attraverso un controllo sull' operato dell' ente, ma tende alla circolazione e diffusione dei dati e delle informazioni attraverso una nuova conoscenza collettiva.

Per comprendere la portata innovativa del decreto n. 33/13 bisogna leggere l'art 7 insieme con l' art 3, dal momento che il combinato disposto dell' art 3 e art 7 apporta un primo rilevante cambiamento : la trasformazione del riutilizzo da una facoltà discrezionale in capo alle PP.AA. ad un vero diritto in capo a tutti i cittadini.

N.B. - Sia l'art 52 del CAD che la disciplina sul riutilizzo contenuta nel d.lgs. n. 36/'06 avevano declinato il riutilizzo come una mera facoltà in capo alla P.A., verso la quale il cittadino poteva far valere solo un interesse di mero fatto.

L'art 52 del d.lgs. n. 82/'05 prevede solo l'obbligo di pubblicare i dati e i documenti che le PP.AA. scelgono discrezionalmente di pubblicare nel proprio sito come *dati aperti*; anche se si allarga lo sguardo ai diritti digitali (art 3-11) non è previsto alcun diritto al riutilizzo per il cittadino.

Allo stesso modo, il d.lgs. n. 36/'06 non disciplina alcun diritto al riutilizzo, neanche dopo le modifiche apportate dal d.lgs. n. 102/15 che ha dato attuazione alla nuova direttiva sul riutilizzo delle informazioni nel settore pubblico.

L'art 3 del decreto trasparenza, invece, prevedendo il diritto in capo a chiunque di conoscere documenti, dati e informazioni pubbliche oggetto di pubblicazione obbligatoria o di accesso civico semplice, ha previsto il diritto di fruire gratuitamente, di utilizzare e riutilizzare dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e di accesso civico, secondo le disposizioni dell'art 7.

Sono soggetti al riutilizzo e vanno pubblicati come dati aperti, tutti i documenti, dati e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, ma anche quei dati ulteriori accessibili ex art 5 c. 2 vanno considerati come potenzialmente riutilizzabili. Ciò in quanto la norma fa riferimento in generale all'art 5 del d.lgs. n. 33/13, per cui sia all'accesso civico "semplice" che "generalizzato".

N.B. - La scelta del legislatore, quindi sembra essere quella di legare il diritto al riutilizzo principalmente agli obblighi di pubblicità, ma anche al regime dell'accesso civico generalizzato. Inoltre, siccome l'art 7 afferma che "i documenti, i dati e le informazioni oggetto di pubblicazione e di accesso civico ai sensi del c. 2 dell'art 5, possono essere riutilizzati secondo le disposizioni del D.lgs. n. 36/06, per delineare l'ambito oggettivo della norma, occorre tener presente anche questo decreto.

La disciplina italiana sulla falsariga di quella europea, fa riferimento però, solo ai documenti detenuti dalle PP.AA. e non ai dati, a differenza del d.lgs. n. 33/13.

Il nuovo art 3 del d.lgs. n. 36/06 elenca una serie di documenti a cui non si applica la disciplina sul riutilizzo. Oltre ad alcune tipologie di documenti, la disciplina tende ad escludere il riutilizzo in presenza di documenti e dati la cui diffusione potrebbe ledere interessi pubblici e privati protetti dal nostro ordinamento.

Il decreto trasparenza sembra consentire, almeno astrattamente il riutilizzo anche di dati personali (tranne di quelli sensibili o giudiziari), oggetto di pubblicazione obbligatoria con le eccezioni di cui all'art 7 bis, dal momento che questi dati sono volutamente compresi nei dati da rendere disponibili e da pubblicare obbligatoriamente e quindi sono dati conoscibili da chiunque.

Sul punto, il **c. 2 dell' art 7 bis** sottolinea come la finalità di trasparenza, sottesa alla pubblicazione obbligatoria sui siti istituzionali, costituisca finalità di rilevante interesse pubblico, compatibile con la disciplina sulla protezione dei dati personali.

Non possono, invece, essere riutilizzati, i dati personali che non sono oggetto di pubblicazione obbligatoria, dal momento che sia **l'art 7bis** che **l'art 5 bis** sottolineano come i dati personali non possono essere oggetto di pubblicazione libera sui siti web istituzionali né di accesso civico generalizzato.

Per tali motivi, i dati personali possono essere riutilizzati solo se oggetto di pubblicazione obbligatoria e con la copertura del 7 bis, in quanto a prescindere dalla finalità particolare per la quale i dati sono stati raccolti, la loro pubblicazione come dati aperti ai fini della trasparenza costituisce, integra la finalità del trattamento.

E' interessante notare come il legislatore, da un lato, abbia reso possibile il riutilizzo dei dati personali oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33/13, dall' altro, abbia escluso il riutilizzo dei dati personali che sono stati pubblicati come dati aperti all' interno dei siti web delle PP.AA. senza nessun obbligo normativo, ma ai sensi dell' art 52 c. 2 del CAD.

Alla pubblicazione come *dati aperti* ai sensi dell'art 68, infatti, sono soggetti tutti i dati e documenti pubblicati sui siti web delle PP.AA. al di là del fatto che questi possono essere anche oggetto di un obbligo di pubblicazione in base al decreto sulla trasparenza. L' art 52 c. 2 CAD, stabilisce che i dati e i documenti che le PP.AA. titolari pubblicano con qualsiasi modalità, senza l'espressa e motivata adozione di una licenza, ai sensi del d.lgs. n. 36/06, si intendono rilasciati come dati di tipo aperto, in base all' art 68 c. 3 CAD.

A conferma di tutto il discorso fatto, va segnalato che il d.lgs. n. 102/2015 ha ristretto il numero dei dati personali pubblicati come dati aperti, affermando che l' art 68 CAD non si applica se la pubblicazione riguarda dati personali. In questo modo, gli unici dati personali riutilizzabili, proprio perchè pubblicati come dati aperti, saranno quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria in base al d.lgs. n. 33/13.

Con queste modifiche, il legislatore ha dato una certa coerenza alla disciplina sul riutilizzo dei dati personali, possibile solo con la copertura dell' art 7 bis c. 2 del d.lgs. n. 33/13

Per tali motivi, l'AORN Moscati si impegna ad inserire un **ALERT** sul sito istituzionale, al fine di richiamare l'attenzione degli utenti sul concetto di **riutilizzo dei dati pubblici nel pieno rispetto della nuova normativa privacy (GDPR679/16 e d.lgs. n. 101/18)**.

12.5 LA TRASPARENZA NEL SETTORE SANITARIO: GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE RICADENTI SULL' AZIENDA OSPEDALIERA

Nell'ambito del capo V del d.lgs. n. 33/13 avente ad oggetto gli obblighi di pubblicazione in settori speciali, l' art. 41 è dedicato a garantire l' attuazione del principio generale di trasparenza da parte delle amministrazioni e degli enti sanitari.

Nell'ambito del Servizio Sanitario, la trasparenza presenta, infatti, una finalità ulteriore rispetto al controllo del perseguimento delle funzioni istituzionali e sull' utilizzo delle risorse pubbliche, costituendo strumento essenziale per una maggiore consapevolezza e responsabilità individuale e sociale del cittadino al momento della scelta delle modalità e delle condizioni di accesso allo stesso servizio e strumento di attuazione concreta dei principi di uguaglianza su cui di fonda il Sistema Sanitario pubblico.

Per tali motivi, la promozione della trasparenza costituisce un obiettivo cruciale nel settore sanitario in considerazione del divario che, prima dell'introduzione della nuova normativa in materia di trasparenza, si registrava tra l'enunciazione dei diritti di informazione e partecipazione e dei cittadini, contenuta nell' art 14 del d.lgs. n. 502/92 e la loro concreta attuazione.

Di sicuro, appare calzante al settore sanitario la nuova definizione di trasparenza di cui all' art 1 del d.lgs. n. 33/13, che dopo le modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/16, individua quali scopi primari della trasparenza "la tutela dei diritti dei cittadini e la promozione della partecipazione degli interessati all' attività amministrativa"

In questa prospettiva, appaiono rilevanti, non solo gli obblighi enunciati dall' art 41 , ma anche gli obblighi di pubblicità concernenti le prestazioni offerte ed i servizi erogati di cui all' art 32, che vanno a sommarsi agli specifici obblighi di pubblicità contenuti nell' art 41, ora estesi a tutti gestori di pubblici servizi.

L'art. 41 si apre offrendo una definizione di "amministrazione sanitaria" ampia ed omnicomprensiva: sono, infatti, ricomprese sia le amministrazioni e gli enti del SSN, secondo la definizione utilizzata già dall' art 1 c. 2 del d.lgs. n. 165/01, ora espressamente richiamato nel nuovo art 2 bis del decreto, sia le amministrazioni e gli enti dei Servizi sanitari regionali.

All'art. 41 è stato aggiunto il c. 1-bis che dispone la pubblicazione dei dati relativi alle spese e ai pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio : in particolare, in base alla disposizione in commento, le amministrazioni sanitarie sono tenute alla pubblicazione integrale di tutti i dati relativi a spese e pagamenti per lavori, servizi e forniture, attraverso la previsione di una forma di pubblicazione tale da consentire la consultazione, in forma sintetica e aggregata, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all' ambito territoriale di riferimento e ai beneficiari.

Destinata a rafforzare il controllo sociale su una delle c.d. aree a rischio corruzione, cioè quella degli incarichi e nomine, sono gli obblighi di pubblicità previsti, invece, dal c.2 dell'art 41, concernente le informazioni ed i dati, compresi avvisi e bandi di selezione relativi allo svolgimento di procedure ed atti di conferimento degli incarichi di :

- direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo;
- responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse

A completamento degli obblighi di pubblicità sanciti dal c. 2, il comma 3 dell' articolo in commento opera un rinvio agli obblighi di pubblicazione dell' art 15, specificando che tra le attività professionali da dichiarare ai sensi del c. 1 lett. c) del precitato articolo, va considerata anche l'attività professionale svolta in regime intramurario.

Infine nel c. 6 dell' art 41 viene affrontato il tema delle liste d'attesa; infatti, tra gli specifici obblighi di trasparenza posti a carico degli enti, aziende e strutture pubbliche e private, preposte all' erogazione

delle prestazioni sanitarie vi è quello relativo alla predisposizione, sul proprio sito di un' apposita sezione denominata "liste di attesa", nel quale inserire i criteri di formazione delle liste, i tempi di attesa previsti ed i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

Nonostante le prescrizioni contenute nell'art 41, l'intenzione del legislatore è stata sin da subito, da un lato, quella di equiparare l'amministrazione sanitaria alle altre pubbliche amministrazioni, per quanto concerne il rispetto degli obblighi di pubblicità previsti negli altri capi del decreto, dall'altro, di ampliare l'area della pubblicità a specifici e rilevanti aspetti riguardanti l'organizzazione, le attività strumentali e le prestazioni fornite da tali strutture, in considerazione della peculiare natura del Servizio Sanitario.

13 ATTI SOGGETTI ALL'OBBLIGO DI PUBBLICAZIONE

Di seguito l'analisi di alcuni obblighi di pubblicazione ricadenti sull'azienda ospedaliera recentemente oggetto di modifica a cura del d.lgs. n. 97/16, della legge di bilancio 2020 (l. n.160/2019) e dal c.d. decreto mille-proroghe (d.l. n. 162/2019).

- **Coordinamento con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione (art. 10)** – all'art 10 del d.lgs. n. 97/16 si deve l'eliminazione dell'obbligo, per le P.A., di redigere il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ("PTTI"), demandando a ciascuna P.A. il compito di indicare, in un'apposita sezione denominata "sezione Trasparenza" del Piano triennale per la prevenzione della corruzione ("PTPC"), i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.
- **Obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale (art. 12)** – E' stato ampliato dal d.lgs. n. 97/16 il novero dei dati di carattere normativo e amministrativo generale oggetto di pubblicazione obbligatoria alle misure integrative della prevenzione, ai documenti di programmazione strategico-gestionale e agli atti degli OIV.
- **Obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle P.A. (art. 13)** – E' scomparso l'obbligo di pubblicazione dei dati relativi alle risorse assegnate a ciascun ufficio.
- **Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali (art. 14)** – nella versione originaria, l'art. 14 del d.lgs. n. 33 del 2013, al comma 1, già imponeva alle amministrazioni interessate la pubblicazione di una serie di documenti e informazioni, ma tale obbligo si riferiva solo ai titolari di incarichi politici di livello statale, regionale e locale. La novella di cui al d.lgs. n. 97 del 2016 ha poi, aggiunto all'art. 14 del d.lgs. n. 33 del 2013 cinque nuovi commi, tra i quali, appunto, quello dichiarato poi incostituzionale dalla Corte Costituzionale n. 20/2019, che estendeva gli obblighi di pubblicazione richiamati dall' articolo in commento anche ai titolari di incarichi dirigenziali a qualsiasi titolo conferiti. In tal modo, la totalità della dirigenza amministrativa è stata sottratta al regime di pubblicità congegnato dall'art. 15 del d.lgs. n. 33 del 2013 – che per essi prevedeva la pubblicazione dei soli compensi percepiti, comunque denominati – ed attratta nell'orbita dei ben più pregnanti doveri di trasparenza originariamente riferiti ai soli titolari di incarichi di natura politica. Come noto la vicenda della pubblicazione dei dati reddituali dei dirigenti pubblici ai sensi dell'*art. 14, comma 1, lett. f), D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33* si è complicata a seguito della declaratoria di incostituzionalità da parte della Corte Costituzionale con la *sentenza 23 gennaio 2019 n. 20* "nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all'*art. 14, comma 1, lettera f)*, dello stesso decreto legislativo anche per tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, anziché solo per i titolari degli incarichi

dirigenziali previsti dall'*art. 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165* (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche)". Con ordinanza cautelare il *TAR Lazio Roma, Sez. I, 21 novembre 2019 n. 7579*, in accoglimento dell'istanza cautelare di due dirigenti sanitari titolari di struttura complessa dell'Azienda sanitaria locale di Matera, ha sospeso la deliberazione dell'omonima Asl con cui veniva richiesta ai suddetti dirigenti la trasmissione dei dati ex *art. 14, comma 1, lett. f), D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33* e rinviata la causa al merito del 22.04.2019. Sulla base di questi presupposti e dell'incertezza normativa che ne è derivata l'Autorità ha ritenuto opportuno, con *Del. 4 dicembre 2019 n. 1126*:

"- In attesa dell'intervento legislativo nazionale chiarificatore sull'applicazione dell'*art. 14, co. 1, lett. f), d.lgs. 33/2013*, di rinviare alla data del 1 marzo 2020 l'avvio della propria attività di vigilanza sull'applicazione dell'*art. 14, co. 1, lett. f), d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33* - dati reddituali e patrimoniali- con riferimento ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti da queste dipendenti;

- Fermo restando quanto previsto nella *delibera ANAC n. 586/2019* per i dirigenti del SSN, di sospendere, alla luce dell'ordinanza cautelare del TAR Lazio n. 7579 del 21 novembre 2019, l'efficacia della richiamata delibera limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'*art. 14, co. 1, lett. f) del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33* ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa fino alla definizione nel merito del giudizio".

La Corte Costituzionale ha posto fine, con la sentenza n. 20 del 21 febbraio scorso, alla querelle sorta all'indomani dell'entrata in vigore del d. lg. 97/2016 che, con un inaspettato colpo di "penna" dell'ultimo momento, aveva inserito nell'ambito soggettivo di applicazione dell'art. 14 c. 1 lett. da a) ad f) del d. lg. 33/2013 anche ai dirigenti pubblici. La Corte è stata chiamata a verificare se l'obbligo imposto a tutti i dirigenti pubblici di pubblicare le dichiarazioni patrimoniali fosse compatibile con la tutela del diritto alla riservatezza. ha espresso un giudizio di ragionevolezza sulle scelte legislative e ha operato un bilanciamento tra due diritti fondamentali di rilievo analogo avvalendosi del test di proporzionalità: da una parte, il diritto alla riservatezza dei dati personali, quale manifestazione del diritto all'intangibilità della sfera privata, che attiene alla tutela della vita degli individui nei suoi molteplici aspetti e trova il suo fondamento nella Costituzione italiana (artt. 2, 14 e 15 Cost.) e protezione anche nelle varie norme europee e convenzionali riportate dal giudice remittente; dall'altra parte con lo stesso rilievo vi sono i principi di pubblicità e trasparenza, riferiti non solo, quale corollario del principio democratico (art. 1 Cost), a tutti gli aspetti rilevanti della vita pubblica e istituzionale, ma anche, ai sensi dell'art. 97 Cost., al buon funzionamento dell'amministrazione e ai dati che essa possiede e controlla.

In particolare, **con riferimento alla lettera c) del comma 1 dell'art. 14**, la Corte ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale. Il regime di piena conoscibilità dei *compensi* di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica, nonché degli importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici, risulta, ad avviso della Corte, proporzionato rispetto alle finalità perseguite dalla normativa sulla trasparenza amministrativa e volto a consentire la valutazione circa la congruità rispetto ai risultati raggiunti e ai servizi offerti delle risorse utilizzate per la remunerazione dei soggetti responsabili, ad ogni livello, del buon andamento della pubblica amministrazione. La Corte ha ancora precisato che la pubblicazione dei dati inerenti alla situazione economica dei dirigenti pubblici non è tale da costituire un rischio per valori costituzionalmente tutelati quali la sicurezza e la libertà degli interessati (art. 2 e 13 Cost.), né può in alcun modo rappresentare fonte per questi di un pregiudizio alla dignità personale. Si tratta, infatti, di dati che esulano dalla sfera prettamente personale e sono direttamente connessi all'espletamento dell'incarico e delle funzioni di natura dirigenziale assegnati.

La piena conformità costituzionale dell'art. 14, comma 1, lett. c) è riconosciuta dalla Corte adottando come parametro di riferimento una definizione molto ampia di incarico dirigenziale riferita "ai soggetti responsabili, ad ogni livello, del buon andamento della PA".

La pronuncia riguarda direttamente tutti i dirigenti pubblici, indipendentemente dalla tipologia di amministrazione presso cui prestano servizio.

In sostanza la Consulta ha riconosciuto nell' art 14 la base giuridica, contenuta nella disciplina sulla trasparenza e che consente di rendere visibile al pubblico, rispetto a taluni soggetti, informazioni personali concernenti il tipo e la durata dell' incarico (ad esempio atto di nomina, durata incarico o mandato elettivo) e l' entità dei corrispettivi e dei compensi percepiti.



La Corte, invece, si è pronunciata in modo differente con riferimento **all'art. 14, comma 1, lett. f) del d.lgs. n. 33/2013** dichiarando l'incostituzionalità dell'art. 14, comma 1 bis del d.lgs. 33 del 2013 "nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all'art. 14, comma 1 lett. f), dello stesso decreto legislativo anche per tutti i titolari di incarichi dirigenziali previsti dall'art. 19, comma 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche).

Secondo la Corte costituzionale, in relazione al bilanciamento tra il diritto alla riservatezza dei dati personali e i principi di pubblicità e trasparenza, l'art. 14 comma 1 lett. f) d.lgs. 33 del 2013 non risulta conforme al principio di proporzionalità, in quanto alla compressione del primo non corrisponde un incremento né della tutela del contrapposto diritto dei cittadini alla trasparenza e alla corretta informazione, né l'interesse pubblico alla prevenzione e repressione dei fenomeni corruttivi.

La Corte ha ritenuto, infatti, che la conoscenza del complesso delle informazioni e dei dati di natura reddituale e patrimoniale contenuti nella documentazione oggetto di pubblicazione, per come è formulata la norma, rivolta in modo indiscriminato a tutti i dirigenti pubblici, non appare né necessaria né proporzionata rispetto alle finalità perseguite dalla legislazione sulla trasparenza.

La norma censurata, infatti, omette di fare una gradazione degli obblighi di pubblicazione in base al ruolo, alle responsabilità e alla carica ricoperta dai dirigenti.

Il livello di potere decisionale e gestionale degli incarichi influenza certamente sia la gravità del rischio

corruttivo sia le conseguenti necessità di trasparenza ed informazione dei dati" la cui conoscenza sia ragionevolmente ed effettivamente connessa all'esercizio di un controllo, sia sul corretto perseguimento delle funzioni istituzionali, sia sul corretto impiego delle risorse pubbliche".

La previsione normativa di un tale obbligo è stata, pertanto, dichiarata non conforme a Costituzione in quanto contrastante sia con il principio di ragionevolezza sia con quello di uguaglianza non operando

alcuna distinzione tra i diversi incarichi dirigenziali.

Con la sentenza della Consulta non si è avuta la vittoria della privacy sulla trasparenza, come in primissima battuta e mediaticamente detto da alcuni, ma rispetto alla norma contestata, si è operato un importante bilanciamento tra le esigenze di trasparenza amministrativa quale esplicazione del diritto di conoscere e di cittadinanza "attiva" e l'aspettativa di tutela della sfera di riservatezza come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona

Pubblicare i dati patrimoniali della generalità dei dirigenti, non soddisfa alcun bisogno di trasparenza in quanto si tratta di dati che non ampliano la sfera conoscitiva del cittadino con riguardo all'attività dell'amministrazione (ad esclusione degli importi per lo svolgimento dell'incarico dirigenziale).

Le dichiarazioni patrimoniali di questi soggetti non consente, infatti, di avere maggiore contezza dell'organizzazione, dell'attività e della spesa pubblica.

Un dirigente pubblico, normalmente reclutato per concorso, i cui incarichi sono autorizzati dall'amministrazione di appartenenza e di cui sono noti i relativi compensi, che resta alle dipendenze della stessa amministrazione per periodi di tempo significativamente lunghi, vede, quindi, sacrificata in modo sproporzionato l'aspettativa di tutela dei propri dati patrimoniali a fronte di uno scarso ritorno in termini di maggiore trasparenza dell'amministrazione in cui è incardinato.

Con la sentenza n. 20 del 21 febbraio 2019 la Corte ha deciso le questioni rimesse nei termini che seguono:

a) ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1bis del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, nella parte in cui prevedeva che la pubblicazione dei dati di cui all'art. 14, comma 1, lettera f), dello stesso decreto legislativo per tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, anziché solo per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

b) ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1ter del d.lgs. n. 33/2013 per difetto di rilevanza;

c) ha dichiarato non fondate la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1bis del d.lgs. n. 33 del 2013, in ordine alla pubblicazione dei dati di cui all'art. 14, comma 1, lett.c) dello stesso decreto legislativo anche per i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti : si tratta dell'ostensione di compensi o rimborsi spese direttamente connessi all'espletamento dell'incarico dirigenziale.

NB:

Il legislatore è intervenuto nella partita relativa alla pubblicità dei patrimoni dei dirigenti pubblici col **decreto legge Milleproroghe 2020 (dl n.162/2019)** provando a fornire una soluzione definitiva alla vicenda innescata dalla dichiarazione di incostituzionalità dell' articolo 14, comma 1-bis, nella parte in cui estendeva anche ai dirigenti non appartenenti ai vertici massimi delle amministrazioni statali scelti per via fiduciaria gli obblighi pubblicitari, disposta con la sentenza della Consulta 20/2019. Il milleproroghe, nel testo pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 31 dicembre, contiene una norma finalizzata a riordinare il sistema .

In primo luogo, conferma, come doveroso, che ad attuare la sentenza della Corte costituzionale 20/2019 deve essere solo ed esclusivamente il Parlamento. Pertanto, nelle more dell' adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Consulta 20/2019 lo schema di decreto stabilisce che ai titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito, e ai titolari di incarichi dirigenziali non si applicano le sanzioni previste dagli articoli 46 e 47 del d.lgs 33/2013 per la mancata pubblicazione dei dati.

La sospensione della vigilanza e delle sanzioni disposta sembra applicarsi a tutti i soggetti di cui all'art 14, d.lgs. n. 33/13 e con riferimento a tutti i dati, non limitandosi agli aspetti oggetto della Corte Costituzionale.

Tuttavia, va evidenziato che la sospensione riguarda l'applicazione della vigilanza e delle sanzioni e non l'obbligo in sé.

In aggiunta, lo schema di d.l. milleproroghe demanda ad un regolamento delegato di delegificazione la specificazione dei dati, che le pubbliche amministrazioni e i soggetti a vario titolo partecipati di cui all'articolo 2-bis, comma 2, del dlgs 33/2013, devono pubblicare con riferimento ai titolari amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, comunque denominati, ivi compresi i funzionari incaricati nelle posizioni organizzative ad essi equiparate, nel rispetto di **due criteri: il primo è la graduazione degli obblighi di pubblicazione**, funzionale al rilievo esterno dell' incarico svolto al livello di potere gestionale e decisionale esercitato correlato all' esercizio della funzione dirigenziale; **il secondo è che i dati patrimoniali siano oggetto esclusivamente di comunicazione all' amministrazione di appartenenza.**

• **Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza (art. 15)** - Le P.A. sono tenute alla pubblicazione e all'aggiornamento di tali dati relativamente ai titolari di incarichi di collaborazione o consulenza. Il contenuto della norma è rimasto invariato quanto agli atti da pubblicare, ovvero i cv, gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, la durata e il compenso. Quanto a quest' ultimo aspetto si precisa che i compensi vanno pubblicati al lordo degli oneri sociali e fiscali a carico del collaboratore consulente. In base a quanto indicato nella linea guida dell'ANAC n. 1310/16, alla luce del nuovo Codice dei Contratti pubblici, in questa sezione devono essere pubblicati i dati relativi al conferimento di incarichi e consulenze non rientranti e non riconducibili al c.d. "appalto di servizi". Diversamente, qualora i dati si riferiscano ad incarichi riconducibili a tale nozione, (esempio gli incarichi legali), dovranno essere pubblicati nella sezione relativa a "bandi e contratti".

• **Bandi di concorso (art 19)** - **L'articolo 1, comma 145 della legge di bilancio 2020** ha modificato **l'art. 19 del d.lgs. 33/2013** prevedendo che le PP.AA. debbano pubblicare, oltre al bando di concorso e i criteri di valutazione della commissione valutatrice, anche le tracce delle prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori avvenute nel



tempo. Tutti i suddetti dati devono essere mantenuti aggiornati. Il **comma 145**, inoltre, ha aggiunto il comma 2 bis all'art. 19 del d.lgs. 33/2013, disponendo che le amministrazioni pubbliche e gli organismi partecipati assoggettati alla normativa in materia di trasparenza dovranno assicurare, tramite il Dipartimento della FP, la pubblicazione del collegamento ipertestuale di tali dati. A tal proposito, la stessa disposizione ha previsto che con d.m., da adottarsi entro 60 gg (29/02/2020), saranno definite le relative modalità attuative delle nuove disposizioni

• **Responsabile per la trasparenza (art. 43)** – in conseguenza della soppressione dell'obbligo di redazione del PTTI, è stato modificato dal d.lgs. n. 97/16 anche l'art. 43 del D.lgs. n. 33/2013, che individua i compiti del responsabile per la trasparenza. Si estende inoltre ai dirigenti responsabili della P.A. il compito di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico.

• **Autorità Nazionale Anticorruzione (art. 45)** - Si attribuisce all'ANAC il potere di ordinare, nei confronti di una P.A. inadempiente, la pubblicazione, entro un termine di 30 giorni, degli atti oggetto di pubblicazione obbligatoria, nonché di segnalare il mancato rispetto degli obblighi di pubblicazione (che costituisce illecito disciplinare), all'ufficio disciplinare della P.A., ai fini dell'attivazione del relativo procedimento a carico del responsabile della pubblicazione e del dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni.

Responsabilità derivante dalla violazione delle disposizioni in materia di pubblicazione e accesso civico / Sanzioni per violazioni degli obblighi di trasparenza per casi specifici (artt. 46 e 47) si segnala che :

L'art 1 c. 163, legge di stabilità 2019 n. 160 ha modificato gli articoli 46 e 47 del decreto sulla trasparenza : in particolare è stato sostituito il comma 1 dell' art 46 e il comma 1 bis e 2 dell' art 47, con importanti ripercussioni sugli inadempimenti agli obblighi di trasparenza e pubblicità, ma soprattutto si tratta di novità che confermano un passo indietro fatto dal legislatore nel percorso della trasparenza. Di seguito le novità :

- l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, previsti dalla normativa vigente, e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituiscono elemento di valutazione negativa della performance individuale dei dirigenti (oltre alla sanzione applicabile ai sensi dell'art. 47, comma 1 bis) e dei responsabili, nonché eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione (art. 46, comma 1);
- la sanzione amministrativa pecuniaria, prevista dal comma 1, si applica anche nei confronti del dirigente che non effettua la comunicazione relativa agli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica. Nei confronti del responsabile incaricato, per la mancata pubblicazione di tali dati, verrà applicata una sanzione amministrativa consistente nella decurtazione dal 30% al 60% dell'indennità di risultato o dell'indennità accessoria spettante, e il relativo provvedimento dovrà essere pubblicato sul sito internet dell'ente. La stessa sanzione si applica anche al responsabile incaricato per la mancata pubblicazione dei dati inerenti i pagamenti dell'ente (art. 47, comma 1 bis);

La struttura deputata alla pubblicazione dei dati è il S.I.A. (Servizio Informatico Aziendale) aziendale nella persona del Dirigente_dott. Giuseppe Versace.

N.B. - Ciascun Direttore è tenuto per il settore di propria competenza, a trasmettere al Responsabile del servizio SIA, nei tempi e modalità richieste dalle vigenti disposizioni, i dati, i documenti e le informazioni da pubblicare nella sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE".

Sulla pubblicazione dei dati il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza opererà una verifica a controllo a campione semestrale, al fine di consentire una più agevole disamina della situazione all'interno dell'Ente.



14 ASSETTO AZIENDALE: DIPARTIMENTI, UU.OO.CC. e UU.OO.

Di seguito si riportano i nominativi dei Direttori di Dipartimento, delle UU. OO. CC. ed UU.OO., compresi il personale dei Presidi Ospedalieri “ Landolfi” di Solofra e della” Città ospedaliera” di Avellino.

DIPARTIMENTI				
DIPARTIMENTO	DIRETTORE	E.MAIL	PEC	TELEF. 0825
Dipartimento Emergenza e Accettazione	Dott. Antonio Medici	medurgenza@aosgmoscati.av.it	medicinaurgenza@cert.aosgmoscati.av.it	203272
Dipartimento Cardiovascolare	Dott. Emilio di Lorenzo	cardiologia@aosgmoscati.av.it	cardiologia@cert.aosgmoscati.av.it	203100
Dipartimento Medicina Generale e Specialistica	Dott. Biagio Raffaele Di Iorio	nefrologiaa@aosgmoscati.av.it	nefrologiaa@cert.aosgmoscati.av.it	203222
Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica	Dott. Vincenzo Landolfi	chirurgiagenerale@cert.aosgmoscati.av.it	dipartimento.chirurgia@cert.aosgmoscati.av.it	203476
Dipartimento Onco-Ematologia	Dott. Cesare Gridelli	oncologia@aosgmoscati.av.it	oncologia@cert.aosgmoscati.av.it	203574
Dipartimento Materno Infantile	Dott. Antonio Vitale	pediatria@aosgmoscati.av.it	pediatria@cert.aosgmoscati.av.it	203414
Dipartimento Servizi Sanitari	Dott. Paolo Mileto	pamiletto@aosgmoscati.av.it	pamiletto@cert.aosgmoscati.av.it	203368



DIRETTORI STRUTTURE COMPLESSE P.O. "CITTA' OSPEDALIERA" DI AVELLINO

U.O.C.	DIRETTORE	E.MAIL	PEC	TELEF. 0825
Direzione Medica Presidio Ospedaliera	Dott. Vincenzo Castaldo	disanitariapresidio@aosgmoscati.av.it	disanitariapresidio@cert.aosgmoscati.av.it	203706
U.O.C. Anestesiologia e Rianimazione	F.F. Dott. Angelo Storti	anestesiarianimazione@aosgmoscati.av.it	anestesiarianimazione@cert.aosgmoscati.av.it	203324
Ortopedia e Traumatologia	Dott. Antonio Medici	ortopedia@aosgmoscati.av.it	ortopedia@cert.aosgmoscati.av.it	203272
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	Dott. Antonino Maffei	medicinaurgenza@aosgmoscati.av.it	medicinaurgenza@cert.aosgmoscati.av.it	203323
Cardiologia UTIC	Dott. Emilio Di Lorenzo	cardiologia@aosgmoscati.av.it	cardiologia@cert.aosgmoscati.av.it	203100
Cardiochirurgia	Dott. Brenno Fiorani	cardiochirurgia@aosgmoscati.av.it	cardiochirurgia@cert.aosgmoscati.av.it	203150
Chirurgia Vascolare	Dott. Loris Flora	chirurgiavascolare@aosgmoscati.av.it	chirurgiavascolare@cert.aosgmoscati.av.it	203264
Geriatria	F.F. Dott. Albino Cesare Landi	geriatria@aosgmoscati.av.it	geriatria@cert.aosgmoscati.av.it	203512
Malattie Infettive	F.F. Giuseppina Dell'Aquila	malattieinfettive@aosgmoscati.av.it	malattieinfettive@cert.aosgmoscati.av.it	203966
Medicina Interna	Dott.ssa Maria Amitrano	medicinainterna@aosgmoscati.av.it	medicinainterna@cert.aosgmoscati.av.it	203850
Nefrologia	Dott. Biagio Di Iorio	nefrologia@aosgmoscati.av.it	nefrologia@cert.aosgmoscati.av.it	203222
Neurologia	F.F. Dott. Daniele Spitaleri	neurologia@aosgmoscati.av.it	neurologia@cert.aosgmoscati.av.it	203181
Chirurgia Generale e Oncologica	Dott. Crafa Francesco	chirurgiagenerale@aosgmoscati.av.it	chirurgiagenerale@cert.aosgmoscati.av.it	203190
Neurochirurgia	Dott. Armando Rapanà	neurochirurgia@aosgmoscati.av.it	neurochirurgia@cert.aosgmoscati.av.it	203122
Oculistica con Trapianto di cornea	Dott. Lucio Zeppa	oculistica@aosgmoscati.av.it	oculistica@cert.aosgmoscati.av.it	203554
Otorinolaringoiatria	Dott. Giuseppe Malafronte	otorinolaringoiatra@aosgmoscati.av.it	otorinolaringoiatra@cert.aosgmoscati.av.it	203170



U.O.C.	DIRETTORE	E.MAIL	PEC	TELEF. 0825
Urologia	Dott. Vittorio Imperatore	urologia@aosgmoscati.av.it	urologia@cert.aosgmoscati.av.it	203384
Ematologia	Dott. Antonio Risitano	ematologia@aosgmoscati.av.it	ematologia@cert.aosgmoscati.av.it	203235
Fisiopatologia del Dolore	F.F. Giovanni De Falco	gidefalco1288@aosgmoscati.av.it	gidefalco1288@cert.aosgmoscati.av.it	203839
Oncologia Medica	Dott. Cesare Gridelli	oncologia@aosgmoscati.av.it	oncologia@cert.aosgmoscati.av.it	203574
Radioterapia	Dott. Massimo Elmo	radioterapia@aosgmoscati.av.it	radioterapia@cert.aosgmoscati.av.it	203937
Servizio Immunotrasfusionale	F.F. Dott. Silvestro Volpe	simt@aosgmoscati.av.it	simt@cert.aosgmoscati.av.it	203873
Ostetricia e Ginecologia	Dott. Elisario Struzziero	ostetricia@aosgmoscati.av.it	ostetricia@cert.aosgmoscati.av.it	203413
Patologia Neonatale e TIN	Dott. Sabino Moschella	neonatologia@aosgmoscati.av.it	neonatologia@cert.aosgmoscati.av.it	203435
Pediatria	Dott. Antonio Vitale	pediatria@cert.aosgmoscati.av.it	pediatria@cert.aosgmoscati.av.it	203414
Anatomia Patologica	Dott. Giovanni De Chiara	anatomia Patologica@cert.aosgmoscati.av.it	anatomia Patologica@cert.aosgmoscati.av.it	203460
Medicina Nucleare	Dott. Paolo Miletto	medicin nucleare@cert.aosgmoscati.av.it	medicin nucleare@cert.aosgmoscati.av.it	203368
Patologia Clinica	F.F. Dott.ssa Ernesta Palermo		laboratoriopatologiaclinica@cert.aosgmoscati.av.it	203218
Radiologia	Dott. Lanfranco Musto	radiologia@cert.aosgmoscati.av.it	radiologia@cert.aosgmoscati.av.it	203215
Medicina Preventiva del Lavoro e Radioprotezione	F.F. Dott.ssa Rossana Formato	medicinapreventiva@cert.aosgmoscati.av.it	medicinapreventiva@cert.aosgmoscati.av.it	203331



DIRETTORI STRUTTURE COMPLESSE P.O. "LANDOLFI" DI SOLOFRA				
U.O.C.	DIRETTORE	E.MAIL	PEC	TELEF. 0825
Direzione Medica di Presidio	Dott.ssa Rita Perrotta		disanitariasolofra@cert.aosgmoscati.av.it	30205
Chirurgia Generale	Dott. Vincenzo Landolfi		chiurgenzasolofra@cert.aosgmoscati.av.it	30274
Medicina Generale	Dott. Efrem Piermatteo		medurgenzasolofra@cert.aosgmoscati.av.it	30375
Ostetricia e Ginecologia	Dott. Nicola Tesorio		osteginesolofra@cert.aosgmoscati.av.it	30308
Pediatria	F.F. Dott.ssa Rosa Tedesco		pediatriasolofra@cert.aosgmoscati.av.it	30266
Anestesia e Rianimazione	Dott. Gabriele Ferrante		rianimazionesolofra@cert.aosgmoscati.av.it	30265





DIRETTORI STRUTTURA COMPLESSA P.T.A				
U.O.C.	DIRETTORE	E.MAIL	PEC	TELEF. 0825
Affari Generali	Dott.ssa Raffaella Genzale	aagg@aosgmoscati.av.it	aagg@cert.aosgmoscati.av.it	203060
Affari Legali	F.F. Avv. Lydia D'Amore	legale@aosgmoscati.av.it	ufficiolegale@cert.aosgmoscati.av.it	203094
Controllo di Gestione	Direttore Amministrativo	cogestione@aosgmoscati.av.it	ppc@cert.aosgmoscati.av.it	203068
Economico/Finanziario	Dott. Andrea Tortora	fiscale@aosgmoscati.av.it	economico.finanziario@cert.aosgmoscati.av.it	203073
Gestione Risorse Umane	Dott.ssa Amy Morrison	gestioneigiuridica@aosgmoscati.av.it	risorseumane@cert.aosgmoscati.av.it	203005
Provveditorato/Economato	Dott.ssa Genoveffa Vitale	segreteriaprovveditorato@aosgmoscati.av.it	segreteriaprovveditorato@cert.aosgmoscati.av.it	203016
Tecnico e Patrimonio	Ing. Sergio Casarella	areatecnica@aosgmoscati.av.it	areatecnica@cert.aosgmoscati.av.it	203538

15. REGOLE PROCEDURALI DI RESPONSABILIZZAZIONE

La sezione sulla trasparenza destinata a confluire nel PTPCT in sostituzione del Programma sulla trasparenza è innanzitutto uno strumento rivolto ai cittadini e alle imprese con cui le amministrazioni rendono noti gli impegni in materia di trasparenza.

Alla sua corretta attuazione concorrono, oltre al RPCT, tutti gli uffici dell'Azienda Ospedaliera, dirigenti e i titolari di P.O., in base alla loro esclusiva ed autonoma competenza gestionale. Per tali motivi, il PTPCT sarà messo a disposizione di tutti gli uffici in formato elettronico e pubblicato sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente" nella sotto-sezioni altri contenuti/ corruzione e in disposizioni generali / atti generali.

16 TUTELA DEI DATI PERSONALI

A seguito dell'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)» (si seguito RGPD) e, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, sono stati richiesti chiarimenti all'Autorità sulla compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013.

Occorre evidenziare, al riguardo, che l'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento».

Inoltre il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di

pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1».

N.B. IL REGIME NORMATIVO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI DA PARTE DEI SOGGETTI PUBBLICI È, QUINDI, RIMASTO SOSTANZIALMENTE INALTERATO RESTANDO FERMO IL PRINCIPIO CHE ESSO È CONSENTITO UNICAMENTE SE AMMESSO DA UNA NORMA DI LEGGE O DI REGOLAMENTO.

Pertanto, occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679.

In particolare assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («**minimizzazione dei dati**») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d)

Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone inoltre che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione».

Si richiama anche quanto previsto all'art. 6 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Qualità delle informazioni" che risponde alla esigenza di assicurare esattezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza dei dati pubblicati. Al riguardo, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali.

Si ricorda inoltre che, in ogni caso, ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD (vedi infra paragrafo successivo) svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del RGPD)

Entrata in vigore del PTPCT

Il piano aggiornato entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione in Amministrazione Trasparente sia nella sotto sezione "altri contenuti – corruzione" sia in "disposizioni generali".



**DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE**

DI PARTE

corretta gestione dell'intramoenia, nel pieno rispetto dei compiti istituzionali dell'Azienda

Struttura Responsabile processo INPUT OUTPUT	N° Processo	Esemplificazione del rischio	Indicatori				Misure di prevenzione da intraprendere	GIUDIZIO SINTETICO (Molto, Basso, Medio, Alto)	Responsabili
			discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo			
	1	Rispetto dell'ordine cronologico delle prenotazioni, libera scelta da parte dell'utente del professionista, tracciabilità delle prestazioni rese	si/no	MEDIO SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	MEDIO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative)	BASSO NO	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11	CAPODIPARTIM, Direttore UOC, DIRIGENTE UO
		assenza di misure trattamento del rischio	no						
		manca di trasparenza	no						
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no						
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si						
		Scarsa responsabilizzazione interna	no						
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no						
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no						
		manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no						

**DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE
LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI**

DI PARTE/ D'UFFICIO

Chiara gestione di tutti i ricoveri con rispetto delle liste di attesa e delle eventuali priorità

Struttura Responsabile processo INPUT OUTPUT	N° Processo	Esemplificazione del rischio	Indicatori				Misure di prevenzione da intraprendere	GIUDIZIO SINTETICO (Molto, Basso, Medio, Alto)	Responsabili
			discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo			
	2	Evitare gestione personale delle liste di attesa	si/no	MEDIO SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	NO BASSO	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative e la gestione dei pazienti)	BASSO NO	M01, M02, M03, M05, M10, M11	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.
		assenza di misure trattamento del rischio	no						
		manca di trasparenza	no						
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no						
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no						
		Scarsa responsabilizzazione interna	no						
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no						
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no						
		manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no						



**DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE
GARE PRESID MEDICI E FARMACI**

DI PARTE

Corretta gestione delle procedure di gara con particolare attenzione nella scelta del contraente e del prodotto da acquistare

Struttura Responsabile Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili								
						Struttura Responsabile Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Indicatore	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre
3	Superficiale, e generica indicazione dei prodotti da acquistare con inadeguata indicazione delle loro caratteristiche	Esemplificazione del rischio	Fattori Adulti (valutazione delle presenze/assenza in seno alla realtà organizzativa)	assenza di misure trattamento del rischio	no	ALTA SI (discrezionalità derivata da specifiche procedure e dal Codice degli Appalti; Particolare attenzione per i farmaci e/o dispositivi definiti "Inlungibili")	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.
				esercizi prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.	
				Scarsa responsabilizzazione interna	no	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.	
				inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.	
				inadeguata diffusione della cultura della legalità	no	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.	
				mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.	

**DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE
ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO**

DI PARTE

Corretta gestione dell'evento decesso ospedaliero e totale tracciabilità ed immodificabilità della cartella clinica

Struttura Responsabile Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili							
						Struttura Responsabile Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Indicatore	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico
4	Esemplificazione del rischio	Poca accorta gestione del decesso ospedaliero e compilazione sommaria e/o incompleta della Cartella Clinica	Fattori Adulti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	assenza di misure trattamento del rischio	no	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.
				manca di trasparenza	no	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.
				esercizi prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.
				Scarsa responsabilizzazione interna	no	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.
				inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.
				inadeguata diffusione della cultura della legalità	no	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.
				mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no	ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative ed incide sul bilancio aziendale)	BASSO ND (non quantificabili e a priori)	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	ALTO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)

D'UFFICIO

Rispetto della normativa e delle professionalità

Struttura Responsabile Descrizione del processo INPUT OUTPUT	N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	Indicatori					Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Basso, Medio, Alto)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico			
			assenza di misure trattamento del rischio	no							
			manca di trasparenza	no							
			eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no							
			esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no							
	5	Sommatoria valutazione dei curricula dei dipendenti e non corretta attribuzione dei punteggi e mancato rispetto delle graduatorie	Scarsa responsabilizzazione interna	no							
			inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no	BASSA	BASSO SI	ALTO SI (Coinvolge più unità operative ed il buon nome dell'Azienda)	BASSO NO	MD1, MD2, MD3, MD4, MD9, M10, M11, M12	MEDIO	CAPODIP, DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.
			Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no							
			manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no							

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

SPERIMENTAZIONI CLINICHE

D'UFFICIO/DI PARTE

Dati oggettivi riscontrabili e tracciabili su procedure clinico-assistenziali

Struttura Responsabile Descrizione del processo INPUT OUTPUT	N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	Indicatori					Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Basso, Medio, Alto)	Responsabili
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico			
			assenza di misure trattamento del rischio	no							
			manca di trasparenza	no							
			eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no							
			esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no							
	6	Sperimentazioni generiche e non rilevanti al fine assistenziale e conforme agli scopi istituzionali dell'Azienda, con pericolo di favorire il proponente la sperimentazione.	Scarsa responsabilizzazione interna	no							
			inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no	MEDIO SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	ALTO SI	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative)	BASSO (Non valutabile a priori)	MD1, MD2, MD3, MD4, MD9, M10, M11, M12	MEDIO	CAPODIP, DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.
			Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no							
			manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no							

DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO DEL CUORE E DEI VASI

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Struttura responsabile		Descrizione del processo		INPUT		OUTPUT		N° Processo		Sfido		Indicatore		Misure di prevenzione da intraprendere		Codifica (MST/UCO/PAIS/ASAC/ASAP)		Responsabili	
								Esemplificazione del rischio		Sfido		Indicatore		Misure di prevenzione da intraprendere		Codifica (MST/UCO/PAIS/ASAC/ASAP)		Responsabili	
								I servizi adeguati realizzazione della procedura, attività in seno alle realtà organizzative)		NO		differenzialità del processo		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								assenza di misure trattamento del rischio		NO		risultato esterno		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								mancanza di trasparenza *		NO		valore economico		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								eccettiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa		NO		valore economico		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto		NO		impatto organizzativo		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								Scarsa responsabilizzazione interna		NO		impatto economico		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		NO		NON QUANTIZZABILE		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								Inadeguata diffusione della cultura della legalità		NO		NON QUANTIZZABILE		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								mancata situazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione		NO		NON QUANTIZZABILE		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	

DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO DEL CUORE E DEI VASI

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Struttura responsabile		Descrizione del processo		INPUT		OUTPUT		N° Processo		Sfido		Indicatore		Misure di prevenzione da intraprendere		Codifica (MST/UCO/PAIS/ASAC/ASAP)		Responsabili	
								Esemplificazione del rischio		Sfido		Indicatore		Misure di prevenzione da intraprendere		Codifica (MST/UCO/PAIS/ASAC/ASAP)		Responsabili	
								Fattori influenti (valutazione della presenza/assenza in seno alle realtà organizzative)		NO		differenzialità del processo		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								assenza di misure trattamento del rischio		NO		risultato esterno		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								mancanza di trasparenza		NO		valore economico		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								eccettiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa		NO		valore economico		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto		NO		impatto organizzativo		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								Scarsa responsabilizzazione interna		NO		impatto economico		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		NO		NON QUANTIZZABILE		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								Inadeguata diffusione della cultura della legalità		NO		NON QUANTIZZABILE		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								mancata situazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione		NO		NON QUANTIZZABILE		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	

DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO DEL CUORE E DEI VASI

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Struttura responsabile		Descrizione del processo		INPUT		OUTPUT		N° Processo		Sfido		Indicatore		Misure di prevenzione da intraprendere		Codifica (MST/UCO/PAIS/ASAC/ASAP)		Responsabili	
								Esemplificazione del rischio		Sfido		Indicatore		Misure di prevenzione da intraprendere		Codifica (MST/UCO/PAIS/ASAC/ASAP)		Responsabili	
								Fattori influenti (valutazione della presenza/assenza in seno alle realtà organizzative)		NO		differenzialità del processo		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								assenza di misure trattamento del rischio		NO		risultato esterno		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								mancanza di trasparenza		NO		valore economico		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								eccettiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa		NO		valore economico		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto		NO		impatto organizzativo		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								Scarsa responsabilizzazione interna		NO		impatto economico		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		NO		NON QUANTIZZABILE		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								Inadeguata diffusione della cultura della legalità		NO		NON QUANTIZZABILE		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	
								mancata situazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione		NO		NON QUANTIZZABILE		Misure di prevenzione da intraprendere		MST/UCO		Responsabili	

DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Ufficio

monitoraggio ALPI

Struttura Responsabile	Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (volontazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SIMETRICO (basso, Medio, Alto, Critico)	Responsabili					
						discrezionalità del processo	relevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo				Impatto economico				
1	svolgimento dell'ALPI nell'orario di servizio; dirottamento dei pazienti dalle liste di attesa istituzionali; violazione quantitativa del numero di prestazioni autorizzate; assenza di analisi comparate tra volume visite istituzionali e attività ALPI	no	no	assenza di misure trattamento del rischio	mancanza di trasparenza	si/no											
						SI											
						no											
						si	si (impatto su immagine aziendale)	si/no (secondo il tipo di prestazione)	no (attualmente prenotazione autonomia del dirigente medico)	si (secondo l'introito aziendale)							
						no											
						no											
						no											
						no											
						no											
						no											

onale, Direttori

DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA

LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI

Ufficio

corretta gestione liste di attesa

Struttura Responsabile	Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (volontazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SIMETRICO (basso, Medio, Alto, Critico)	Responsabili					
						discrezionalità del processo	relevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo				Impatto economico				
2	alterazione delle liste di attesa per interessi privati (intra moenia, ecc)	no	no	assenza di misure trattamento del rischio	mancanza di trasparenza	si/no											
						SI											
						NO											
						SI											
						SI	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto										
						no	Scarsa responsabilizzazione interna										
						no	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi										
						NO	Inadeguata diffusione della cultura della legalità										
						NO											
						SI	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione										

DIRIGENTI MEEI

DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA

INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)

INDIVIDUALE

ATTRIBUZIONE INCARICHI IN SEGUITO A VALUTAZIONE

Struttura Responsabile Descrizione del processo INPUT OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in senso alla realtà organizzativa)	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nulla,Basso,Medio,Alto)	Responsabili	
			si/no	descrizionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico				Impatto organizzativo
5	alterata formulazione delle graduatorie per criteri di valutazione non ufficiali	assenza di misure trattamento del rischio	SI							
		manca di trasparenza	SI							
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No							
		Scarsa responsabilizzazione interna	SI	si (possibilità di decisioni individuali per gli stessi parametri)	si (attività delle strutture, immagine aziendale)	si (funzionament o Dipartimento, UOC)	si (increment o costi per proposte incongrue)		medio	
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No							
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No							
		manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	SI						C. DIRETTORI DI	

DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA

SPERIMENTAZIONI CLINICHE

INDIVIDUALE/UFFICIO

CORRETTA GESTIONE SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Struttura Responsabile Descrizione del processo INPUT OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in senso alla realtà organizzativa)	Indicatori						Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nulla,Basso,Medio,Alto, Critico)	Responsabili	
			si/no	descrizionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico				
6	condizionamento da parte degli sponsor - manipolazione dei dati - benefit individuale o per la propria equipe	assenza di misure trattamento del rischio	No									
		manca di trasparenza	No									
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No									
		Scarsa responsabilizzazione interna	SI	no (se ci si attiene alla regolamentazion e nazionale ed europea Good Clinical Practice)	si (ricaduta positiva su immagine aziendale)	si/no	si (uso di farmaci innovativi)	si (risparmi su spesa farmaceutic a per utilizzo farmaci, apparecchia ture)		medio	M01, M02, M03, M11	
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No									
		manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No									

CIPAL INVESTIG

Struttura Responsabile Descrizione del processo	alterazione atti cartella clinica	assenza di misure trattamento del rischio	no	vincolato a gestione informatizzata cartella clinica	si, per diffusione di notizie giornalistiche e tramite social network	si, non quantificabili e	si, rilevanza interna ed esterna	non immediatamente quantizzabili e	MO2, MO3, M10	medio	personale
		manca di trasparenza	no								
		eccesiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no								
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no								
		Scarsa responsabilizzazione interna	no								
Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no										
Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no										
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no								

INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)

Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica													
di parte													
attribuzione di incarico a seguito di adeguata valutazione comparativa													
Struttura Responsabile Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Esempificazione del rischio	Fattori Abilitanti/Inibitori azione della prevenzione/assistenza in senso alla realtà organizzativa	si/no	disciplinabilità del	sicurezza	Indicatori Valore	impatto	impatto	misurabili previdenza da realizzare	Rischio	Responsabili
				assenza di misure trattamento del rischio	no								
				non corretta attribuzione di incarico professionale	no								
				esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	no								
				Scarsa responsabilizzazione interna	no								
				Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no								
				Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no								
				mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no								

Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica											
SPERIMENTAZIONI CLINICHE											
di ufficio/di parte											
correlata attuazione e gestione											
Indicatori											
Attività di											
gestione											

N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza, in base alla realtà organizzativa)	Sì/No	deviazionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	previdenza da introdurre	SINTETICO (Alto, Basso, Medio, Alto, Critico)	Responsabili
		<p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>mancanza di trasparenza</p> <p>eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa</p> <p>esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto</p> <p>Scarsa responsabilizzazione interna</p> <p>inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi</p> <p>Inadeguata diffusione della cultura della legalità</p>	<p>no</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>no</p>	<p>parzialmente vincolato alla gestione del protocollo</p>	no	dipendente dalla tipologia di sperimentazione	no	non quantizzabili e	<p>M01, M02, M03, M04, M05, M05, M07, M10, M11, M12</p>	<p>medio</p>	
		<p>mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>	no								<p>direttore UOC comitato etico</p>

DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Ufficio

Corretto monitoraggio attività libero-professionale

Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	INPUT	Corretto monitoraggio attività libero-professionale										
CUI/PIU'				Ufficio										
N° processo	Esempificazione del rischio	Fattori abilitanti (voluntarietà, presenza/assenza in senso alla realtà organizzativa)	s/n	Indicatori					Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico (basso, medio, alto, critico)	Responsabili			
				determinata dal processo	ricerca esterna	Valore economico	impatto organizzativo	impatto economico						
1	Alterazione liste di attesa. Mancata prenotazione paziente, violazione volumi attività autorizzati, svolgimento dell'attività in orario di servizio (se attività intramuraria), se in regime extramoenia inserimento in lista di attesa pazienti senza la richiesta del MMG, attività extramoenia in strutture convenzionate con SSN.	assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scarsa responsabilizzazione interna Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No									M2, M10	AUTO	Personale, Direttori UOC
			No											
			No											
			No											
			No											
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No	No (esistenza regolamento ALP)	Si (impatto su immagine aziendale)	Si (in relazione al tipo di prestazione)	Si (impatto su liste di attesa)	Si (mancato introito da parte dell'azienda)						

DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI

Ufficio

Corretta gestione liste di attesa

Struttura Responsabile Descrizione del processo INPUT OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Basso, Medio, Alto, critico)	Responsabili	
			derivabilità del processo	rilevanza esterna	valore economico	impatto organizzativo				impatto economico
2	La gestione è informatizzata. Si potrebbe chiamare ed effettuare la prestazione ad un paziente anticipandolo rispetto alla sua posizione in lista. Si potrebbe effettuare una prestazione a paziente non inserito in lista di attesa. Si potrebbe ricoverare un paziente facendolo transitare impropriamente attraverso il Pronto Soccorso. In caso di attività libero professionale in extra moenia inserimento in lista di attesa di pazienti senza la richiesta del MMG.	assenza di misure trattamento del rischio	si/no			Si (impatto su corretta gestione delle liste di attesa e dello svolgimento delle prestazioni sanitarie)	No	ALTO	Personale, Direttori UOC	
			No							
			No							
			No (note aziendali su modalità prenotazione prestazioni)							
			No			Si (impatto su immagine aziendale)	No			
			No							
			No							
	manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione									

DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO
ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO

Struttura		Corretta gestione attività post-decesso ospedaliero															
Responsabile		Ufficio															
Descrizione del processo																	
INPUT																	
OUTPUT																	
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)															
		assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scarsa responsabilizzazione interna Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi Inadeguata diffusione della cultura della legalità															
4	Alterazione atti collegati all'attività ospedaliera	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione															
		No No No No No No No No No No															
		documentalità del processo		richiesta esterna		Valore economico		Impatto organizzativo		Impatto economico		Misure di prevenzione da introdurre		Studio sintetico (tabella basso, medio, alto, Critici)		Responsabili	
		No (esiste cartella clinica informatizzata)		SI (immagine aziendale)		SI (variabile in base alla tipologia di alterazione)		No		SI (in caso di eventuali azioni risarcitorie)		MO1, MO2, MO3, MO4, MO5, MO10		ALTO		Personale, Direzioni UOC	

DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO
INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)

Struttura		Attribuzione incarichi in seguito a valutazione comparativa															
Responsabile		Di parte															
Descrizione del processo																	
INPUT																	
OUTPUT																	
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)															
		assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scarsa responsabilizzazione interna Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi Inadeguata diffusione della cultura della legalità															
5	Alterazione accesso agli incarichi. Proposta alla Direzione Generale di numero, tipologia e professionisti incarichi anche se la decisione finale è della Direzione Generale.	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione															
		No No No No No No No No No No															
		documentalità del processo		richiesta esterna		Valore economico		Impatto organizzativo		Impatto economico		Misure di prevenzione da introdurre		Studio sintetico (tabella basso, medio, alto, Critici)		Responsabili	
		SI (possibilità di decisione)		SI (funzionamento delle strutture e immagine aziendale)		SI (variabile in base alla tipologia di incarico)		SI (impatto sui funzionamenti o delle attività di UOC e di Dipartimento)		SI (incremento costi nel caso proposte incongrue)		MO1, MO2, MO4, MO5				Direttori UOC, Direttore Dipartimento per incarichi a valenza dipartimentale	

**DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO
SPERIMENTAZIONI CLINICHE**

Struttura Responsabile Descrizione del processo INPUT	OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	Indicatori					Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SWTETICO (Alto, Basso, Medio, Altro, Critico)	Responsabili		
				Specificabilità del processo	Altezza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico					
			Corretta attivazione e gestione sperimentazioni cliniche di parte/ di ufficio	si/no									
			assenza di misure trattamento del rischio	No									
			mancanza di trasparenza	No									
			eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No									
			esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No									
			Scarsa responsabilizzazione interna	No									
			inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No									
			Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No									
		Inserimento pazienti non eleggibili per la sperimentazione al fine di assicurare un farmaco innovativo e di implementare il finanziamento. Alterazione dati dei risultati per favorire azienda farmaceutica anche se poco rilevante dal punto di vista dei risultati della sperimentazione considerando che tutti i dati sono verificati dai monitor e i risultati verificati a livello centralizzato da parte della CRO.		No (esistenza protocollo e regolamentazione europea/nazionale e delle Good Clinical Practice)	SI (riduzione della migrazione sanitaria regionale per disponibilità "in house" di farmaci innovativi, ricaduta positiva sull'immagine e aziendale)	SI (variabile in base alla sperimentazione one)	SI (possibilità di trattamento di pazienti con farmaci innovativi)	SI (risparmio su spesa farmaceutica per utilizzo farmaci gratuiti della sperimentazione, finanziamenti fondi di ricerca con possibilità borse di studio e acquisto apparecchiature, fondi per incentivazione personale con questa ultima possibilità non più possibile da inizio 2020 per le nuove sperimentazioni per la nuova normativa sui conflitti di interesse)	MO1, MO2, MO3, MO4, MO5, MO6, MO10		Personale, Direttori UOC		
			mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No									

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE
GARE PRESID MEDICI E FARMACI

Ufficio

Evitare il ricorso alle proroghe e corretto svolgimento delle gare

Struttura Responsabile Descrizione del processo INPUT	N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	%/no	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Basso, Medio, Alto, Certo)	Responsabili	
					discriminabilità del processo	riservata esterna	Valore economico	Impatto organizzativo				Impatto economico
	3	Mancata applicazione del codice d'appalto	assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scarsa responsabilizzazione interna Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO NO NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO NO NO	NO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO

Ufficio

Tracciabilità delle attività ospedaliere

Struttura Responsabile Descrizione del processo INPUT	N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	%/no	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Basso, Medio, Alto, Certo)	Responsabili	
					discriminabilità del processo	riservata esterna	Valore economico	Impatto organizzativo				Impatto economico
	4	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di utili; Segnalazione ai parenti di una specifica impresa di onoranze funebri; Richiesta/accettazione di regali o denaro per l'espletamento delle proprie funzioni (es. vestizione della salma da parte dell'operatore sanitario)	assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scarsa responsabilizzazione interna Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO NO NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO NO NO	NO	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.

DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI																																							
Descrizione del processo		ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE																																							
INPUT		DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI																																							
OUTPUT		ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE																																							
N° Processo		DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI																																							
Esempificazione del rischio		ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE																																							
1	Poco accorta analisi delle richieste di attività libero professionale che potrebbe causare disservizi all'attività aziendale e conflitti di interesse con le attività istituzionali	Corretta gestione dell'attività libero professionale intramoenia																																							
		<table border="1"> <tr> <th colspan="10">Indicatori</th> </tr> <tr> <th>discriminabilità del processo</th> <th>rilievo eterno</th> <th>Valore economico</th> <th>Impatto organizzativo</th> <th>Impatto economico</th> <th>Misure di prevenzione da introdurre</th> <th>GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)</th> <th colspan="3">Responsabili</th> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>MEDIO</td> <td colspan="3">PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO</td> </tr> </table>										Indicatori										discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili			NO	NO	NO	NO	NO	NO	MEDIO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO		
		Indicatori																																							
		discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili																																
		NO	NO	NO	NO	NO	NO	MEDIO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO																																
		<table border="1"> <tr> <th colspan="10">Indicatori</th> </tr> <tr> <th>discriminabilità del processo</th> <th>rilievo eterno</th> <th>Valore economico</th> <th>Impatto organizzativo</th> <th>Impatto economico</th> <th>Misure di prevenzione da introdurre</th> <th>GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)</th> <th colspan="3">Responsabili</th> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>MEDIO</td> <td colspan="3">PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO</td> </tr> </table>										Indicatori										discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili			NO	NO	NO	NO	NO	NO	MEDIO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO		
Indicatori																																									
discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili																																		
NO	NO	NO	NO	NO	NO	MEDIO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO																																		
<table border="1"> <tr> <th colspan="10">Indicatori</th> </tr> <tr> <th>discriminabilità del processo</th> <th>rilievo eterno</th> <th>Valore economico</th> <th>Impatto organizzativo</th> <th>Impatto economico</th> <th>Misure di prevenzione da introdurre</th> <th>GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)</th> <th colspan="3">Responsabili</th> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>MEDIO</td> <td colspan="3">PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO</td> </tr> </table>										Indicatori										discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili			NO	NO	NO	NO	NO	NO	MEDIO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO				
Indicatori																																									
discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili																																		
NO	NO	NO	NO	NO	NO	MEDIO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO																																		
<table border="1"> <tr> <th colspan="10">Indicatori</th> </tr> <tr> <th>discriminabilità del processo</th> <th>rilievo eterno</th> <th>Valore economico</th> <th>Impatto organizzativo</th> <th>Impatto economico</th> <th>Misure di prevenzione da introdurre</th> <th>GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)</th> <th colspan="3">Responsabili</th> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>MEDIO</td> <td colspan="3">PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO</td> </tr> </table>										Indicatori										discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili			NO	NO	NO	NO	NO	NO	MEDIO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO				
Indicatori																																									
discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili																																		
NO	NO	NO	NO	NO	NO	MEDIO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO																																		
<table border="1"> <tr> <th colspan="10">Indicatori</th> </tr> <tr> <th>discriminabilità del processo</th> <th>rilievo eterno</th> <th>Valore economico</th> <th>Impatto organizzativo</th> <th>Impatto economico</th> <th>Misure di prevenzione da introdurre</th> <th>GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)</th> <th colspan="3">Responsabili</th> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>MEDIO</td> <td colspan="3">PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO</td> </tr> </table>										Indicatori										discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili			NO	NO	NO	NO	NO	NO	MEDIO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO				
Indicatori																																									
discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili																																		
NO	NO	NO	NO	NO	NO	MEDIO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO																																		

DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI
LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI																																							
Descrizione del processo		LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI																																							
INPUT		DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI																																							
OUTPUT		LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI																																							
N° Processo		DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI																																							
Esempificazione del rischio		LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI																																							
2	MANCATO RISPETTO DELL'ORDINE DI PRENOTAZIONE E NON CORRETTA GESTIONE	Corretta gestione e cronologia delle prestazioni sanitarie richieste																																							
		<table border="1"> <tr> <th colspan="10">Indicatori</th> </tr> <tr> <th>discriminabilità del processo</th> <th>rilievo eterno</th> <th>Valore economico</th> <th>Impatto organizzativo</th> <th>Impatto economico</th> <th>Misure di prevenzione da introdurre</th> <th>GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)</th> <th colspan="3">Responsabili</th> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>BASSO</td> <td colspan="3">PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO</td> </tr> </table>										Indicatori										discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili			NO	NO	NO	NO	NO	NO	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO		
		Indicatori																																							
		discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili																																
		NO	NO	NO	NO	NO	NO	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO																																
		<table border="1"> <tr> <th colspan="10">Indicatori</th> </tr> <tr> <th>discriminabilità del processo</th> <th>rilievo eterno</th> <th>Valore economico</th> <th>Impatto organizzativo</th> <th>Impatto economico</th> <th>Misure di prevenzione da introdurre</th> <th>GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)</th> <th colspan="3">Responsabili</th> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>BASSO</td> <td colspan="3">PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO</td> </tr> </table>										Indicatori										discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili			NO	NO	NO	NO	NO	NO	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO		
Indicatori																																									
discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili																																		
NO	NO	NO	NO	NO	NO	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO																																		
<table border="1"> <tr> <th colspan="10">Indicatori</th> </tr> <tr> <th>discriminabilità del processo</th> <th>rilievo eterno</th> <th>Valore economico</th> <th>Impatto organizzativo</th> <th>Impatto economico</th> <th>Misure di prevenzione da introdurre</th> <th>GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)</th> <th colspan="3">Responsabili</th> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>BASSO</td> <td colspan="3">PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO</td> </tr> </table>										Indicatori										discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili			NO	NO	NO	NO	NO	NO	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO				
Indicatori																																									
discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili																																		
NO	NO	NO	NO	NO	NO	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO																																		
<table border="1"> <tr> <th colspan="10">Indicatori</th> </tr> <tr> <th>discriminabilità del processo</th> <th>rilievo eterno</th> <th>Valore economico</th> <th>Impatto organizzativo</th> <th>Impatto economico</th> <th>Misure di prevenzione da introdurre</th> <th>GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)</th> <th colspan="3">Responsabili</th> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>BASSO</td> <td colspan="3">PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO</td> </tr> </table>										Indicatori										discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili			NO	NO	NO	NO	NO	NO	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO				
Indicatori																																									
discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili																																		
NO	NO	NO	NO	NO	NO	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO																																		
<table border="1"> <tr> <th colspan="10">Indicatori</th> </tr> <tr> <th>discriminabilità del processo</th> <th>rilievo eterno</th> <th>Valore economico</th> <th>Impatto organizzativo</th> <th>Impatto economico</th> <th>Misure di prevenzione da introdurre</th> <th>GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)</th> <th colspan="3">Responsabili</th> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>BASSO</td> <td colspan="3">PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO</td> </tr> </table>										Indicatori										discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili			NO	NO	NO	NO	NO	NO	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO				
Indicatori																																									
discriminabilità del processo	rilievo eterno	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (basso, medio, alto)	Responsabili																																		
NO	NO	NO	NO	NO	NO	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UO																																		

DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI										
GARE PRESIDI MEDICI E FARMACI										
D'UFFICIO										
CORRETTA GESTIONE DEGLI ACQUISTI										
Struttura Responsabile Descrizione del processo INPUT OUTPUT	N° Processo	Esempificazione del rischio	Sfido	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Basso, Medio, Alto, Alt)	Responsabili
				decrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	impatto organizzativo			
		assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UD
	3	RICORSO A PROROGHE DEI CONTRATTI DI FORNITURA, MANCATA ANALISI DEL MERCATO E POCO ACCORTA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI FARMACI INFUNGIBILI	SI	NO (vincolato dal rispetto di norme di legge e procedure informatiche)	SI (ritardo nell'erogazione delle prestazioni sanitarie)	NO (valore economico non quantificabile e preventivam ente)	BASSO SI (SI può ripercuote sul Budget)	MEDIO SI (impatto economico non quantificabile e a priori)	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UD
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO							

DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI										
ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO										
D'UFFICIO										
CORRETTA GESTIONE E COMPILAZIONE PUNTUALE DELLE CARTELLE CLINICHE										
Struttura Responsabile Descrizione del processo INPUT OUTPUT	N° Processo	Esempificazione del rischio	Sfido	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Basso, Medio, Alto, Alt)	Responsabili
				decrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	impatto organizzativo			
		assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	NO	BASSA	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UD
	4	POCO ACCORTA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA E/O ALTERAZIONE DEI DATI	NO	SI (manipolazione dati e/o indicazioni)	SI (dipende dal tipo di alterazione)	NO	NO	MEDIO SI (per eventuali- successive azioni risarcitorie)	BASSO	PERSONALE, DIRETTORI UOC e UD
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO							

UOC GESTIONE RISORSE UMANE											
PENSIONI											
DI PARTE/D'UFFICIO											
CORRETTA GESTIONE DEI DATI CONTRIBUTIVI E RISPETTO CRONOLOGIA DELLE RICHIESTE											
Struttura responsabile Descrizione del processo INPUT OUTPUT	N° Processo	Esemplificazioni e del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	s/nu	Indicatori			Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nullo, Basso, Medio, Alto)	Responsabili	
					discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico				Impatto organizzativo
	1	RICONOSCIMENTO DI BENEFICI NON SPETTANTI	<p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>manca di trasparenza</p> <p>escessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa</p> <p>esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto</p> <p>Scarsa responsabilizzazione interna</p> <p>inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi</p> <p>Inadeguata diffusione della cultura della legalità</p> <p>manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>	no	NO (il processo ha come destinatari soggetti dipendenti dell'AORN in genere)	NO (valore economico non quantificabile a priori)	SI (si ripercuote sulla programmazione e del Piano Fabbisogno Personale triennale)	NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)	M01, M02, M03, M10, M11, M12	BASSO	Direttore UOC

UOC GESTIONE RISORSE UMANE												
CONCORSI/MOBILITA' D'UFFICIO												
CORRETTA ATTRIBUZIONE PUNTEGGI E VALUTAZIONE TITOLI												
Struttura responsabile Descrizione del processo INPUT OUTPUT	N° Processo	Esemplificazioni e del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	s/nu	Indicatori			Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nullo, Basso, Medio, Alto)	Responsabili		
					discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico				Impatto organizzativo	Impatto economico
	2	MANCATO RISPETTO DI NORME IN MERITO ALLA VALUTAZIONE CURRICOLARE	<p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>manca di trasparenza</p> <p>escessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa</p> <p>esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto</p> <p>Scarsa responsabilizzazione interna</p> <p>inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi</p> <p>Inadeguata diffusione della cultura della legalità</p> <p>manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>	no	NO (vincolata da norme di legge, CCNL e regolamenti)	SI (prevalentemente nte)	NO (non quantificabile a priori)	SI (si ripercuote sulla programmazione e delle attività aziendali e sulla formulazione del Piano Triennale di Programmazione e del personale))	SI	M01, M02, M03, M04, M05, M07, M09, M10, M11, M012	MEDIO	Direttore UOC

UOC GESTIONE RISORSE UMANE											
STIPENDI/INDENNITA' VARIE											
D'UFFICIO											
CORRETTA CORRESPONSIONE DELLE COMPETENZE SPETTANTI AI DIPENDENTI											
Struttura responsabile											
Descrizione del processo											
INPUT											
OUTPUT											
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	sì/no	descrizionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nullo, Basso, Medio, Alto)	Responsabili
3	MANCATO INSERIMENTO DEI DATI GIURIDICI ED ECONOMICI, MANCATO VERIFICA DIRITTO ALLA CORRESPONSIONE NE DI RETRIBUZIONE AGGIUNTIVA (INDENNITA')	assenza di misure trattamento del rischio	no	NO (vincolata da norme di legge, CCNL e regolamenti)	SI (la non corretta corresponsione e di somme non dovute al dipendente incide sul bilancio aziendale)	NO (non quantificabile a priori)	SI (si ripercuote sulla programmazione e delle attività aziendali)	SI	M01, M02, M03, M04, M07, M09, M10, M11	MEDIO	Direttore UOC
		manca di trasparenza	no								
		escessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no								
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si								
		Scarsa responsabilizzazione interna	no								
Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no										
Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no										
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no										

UOC GESTIONE RISORSE UMANE											
RELAZIONI SINDACALI											
DI PARTE/D'UFFICIO											
CORRETTA FORMULAZIONE DELLA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA											
Struttura responsabile											
Descrizione del processo											
INPUT											
OUTPUT											
N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	sì/no	descrizionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nullo, Basso, Medio, Alto)	Responsabili
4	MANCATO RISPETTO DI NORME LEGISLATIVE E CONTRATTUALI CON RISCHIO DI PRIVILEGIARE LE DO.SS.	assenza di misure trattamento del rischio	no	SI (non osservanza di norme e disposizioni contrattuali)	NO	NO (non quantificabile a priori)	SI (si ripercuote sulla programmazione e delle attività aziendali e sui fondi contrattuali)	SI	M01, M02, M03, M04, M05, M06, M09, M10, M11, M012	MEDIO	Direttore UOC
		manca di trasparenza	no								
		escessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	si								
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si								
		Scarsa responsabilizzazione interna	no								
Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no										
Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no										
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no										

UOC GESTIONE RISORSE UMANE										
U.P.D. (UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI)										
D'UFFICIO										
CORRETTA VALUTAZIONE CONTESTAZIONI E RISPETTO TEMPI CHIUSURA PROCEDIMENTI										
Struttura responsabile Descrizione del processo INPUT	Esemplificazione e del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nulla, Basso, Medio, Alto)	Responsabili
				descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo			
5	MANCATO DI RISPETTO DI NORME LEGISLATIVE, CONTRATTUALI E REGOLAMENTARI	assenza di misure trattamento del rischio	no							
		manca di trasparenza	no							
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no							
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si							
		Scarsa responsabilizzazione interna	no	NO (rispetto previsioni legislative, CCNL e regolamenti)	NO	NO (non quantificabile a priori)	SI (in caso di sospensione dal servizio può ripercuotersi sull'organizzazione delle attività aziendali)	SI (non valutabile a priori)	M01, M02, M03, M04, M05, M06, M07, M09, M10, M11	BASSO
Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no									
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no							
		manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no							

CONVENZIONI CON SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI/ASSOCIAZIONI/ORGANIZZAZIONI ETC

DI PARTE/D'UFFICIO SU RICHIESTA DELLE VARIE UO/O AZIENDALI

GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, MIGLIORAMENTO ED AMPLIAMENTO DELL'ASSISTENZA

Area di rischio	Indicatore		Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Molto Basso, Medio, Alto, Critico)	Responsabili			
Area di rischio Descrizione del processo INPUJ OUI/PUJ	Esempificazione del rischio Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	SI	destinazione del processo	Valore economico	Misure di prevenzione da introdurre acquisizione del parere preventivo favorevole della direzione Generale e/o e/o Sanitaria e/o Amministrativa e/o delle Strutture Aziendali interessate alla convenzione M01, M02, M3, M04	MEDIO	Dr.ssa Raffaella Genzale			
		NO	assenza di misure trattamento del rischio	rilevanza esterna				Il processo ha come destinatari soggetti esterni e unità operative interne all'AORN		
		NO	manca di trasparenza	Impatto organizzativo					Il processo coinvolge l'UOC Affari Generali, le Direzioni Aziendali ed altre Unità Operative	
		NO	assenza di misure trattamento del rischio	Impatto economico						nessun impatto economico
		SI	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scarsa responsabilizzazione interna	parzialmente vincolato da norme di legge e regolamentari e CCNL ed esigenze aziendali						
NO	POCA TRASPARENZA IN ORDINE ALLA SCELTA DELLA CONTROPARTE - INADEGUATA ANALISI IN ORDINE ALLA CONVENIENZA ECONOMICA ED ALL'OPPORTUNITA' PER L'AORN	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO	NO	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	NO	NO			

PUBBLICAZIONE DELIBERAZIONI DIRETTORE GENERALE IN ALBO PRETORIO

TUTTE LE UO, DO, CC, ABILITATE ALLA PREDISPOSIZIONE DI DELIBERE

TRASPARENZA SULL'OPERATO E SUI PROVVEDIMENTI ADOTTATI DALL'ENTE

Area di rischio Descrizione del processo	Esemplificazione del rischio		N° Processo	Indicatore	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nullo, Basso, Medio, Alto, Critico)	Responsabil				
INPUJ	assenza di misure e trattamento del rischio mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata o assenza di competenze del personale adatto ai processi		si	descrizionalità del processo	rilevanza sistema	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nullo, Basso, Medio, Alto, Critico)	Responsabil
3	PROCEDURA NON COMPLETAMENTE INFORMATIZZATA DI GESTIONE, PUBBLICAZIONE, ARCHIVIAZIONE DI ATTI DELIBERATIVI.	<p>assenza di misure e trattamento del rischio</p> <p>mancanza di trasparenza</p> <p>eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa</p> <p>esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto</p> <p>Scarsa responsabilizzazione interna</p> <p>Inadeguata o assenza di competenze del personale adatto ai processi</p>	<p>si</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>si</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>no</p>	<p>no</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>si</p> <p>no</p> <p>no</p>	<p>no</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>si</p> <p>no</p> <p>no</p>	<p>no</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>si</p> <p>no</p> <p>no</p>	<p>no</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>si</p> <p>no</p> <p>no</p>	<p>no</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>si</p> <p>no</p> <p>no</p>	<p>no</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>si</p> <p>no</p> <p>no</p>	<p>no</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>si</p> <p>no</p> <p>no</p>	<p>no</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>si</p> <p>no</p> <p>no</p>

parzialmente vincolato da norme di legge e regolamentari

Il processo ha come destinatari soggetti esterni e strutture interne all'ADRN

il processo coinvolge l'UOC Affari Generali, ed altre strutture aziendali

NESSUN IMPATTO ECONOMICO

PROCEDURE INFORMATICHE E DI GESTIONE, PUBBLICAZIONE E ARCHIVIAZIONE DI ATTI DELIBERATIVI, IN CORSO DI IMPLEMENTAZIONE +MOD1,MOD2,MOD3

BASSO

D.ssa Brunella Russo

U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore f.f. Avv. Lydia D'Amore

AFFIDAMENTO INCARICHI A LEGALI ESTERNI

D'UFFICIO

DIFESA DELL'AZIENDA IN GIUDIZIO

Area di rischio	Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in senso alla realtà organizzativa)	decrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico	Responsabili
1	SCelta DI PROFESSIONISTI SENZA PREVENTIVA VALUTAZIONE DEI REQUISITI DI PROFESSIONALITA' SPECIFICA E DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE E/O DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'			<p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>mancanza di trasparenza</p> <p>eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa</p> <p>esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto</p> <p>Scarsa responsabilizzazione interna</p> <p>inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi</p> <p>inadeguata diffusione della cultura della legalità</p> <p>mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>	<p>si/no</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>SI</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p>	<p>Il processo ha come destinatari i professionisti esterni</p> <p>Vincolato dai parametri di cui al DM 55/14 e succ.m.m.ii. e dal regolamento aziendale interno</p>			<p>Il processo coinvolge la UOC Affari Legali e la Direzione Strategica</p>	<p>Correlato al valore del procedimento affidato</p>	<p>M01 - M02 - M03 - M04</p>	BASSO	DIRETTORE UOC

U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore f.f. Avv. Lydia D'Amore

PAGAMENTO PARCELLE AVVOCATI INCARICATI

DI PARTE: LEGALE ESTERNO

PAGAMENTO DOVUTO A FRONTE DI PRESTAZIONE DI ATTIVITA' PROFESSIONALE

Area di rischio	Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in senso alla realtà organizzativa)	decrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico	Responsabili
2	MANCATO RISPETTO ORDINE CRONOLOGICO PAGAMENTO AL FINE DI FAVORIRE ALCUNI AVVOCATI - ATTRIBUZIONE DI COMPETENZE NON DOVUTE O PER ATTIVITA' NON SVOLTE			<p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>mancanza di trasparenza</p> <p>eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa</p> <p>esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto</p> <p>Scarsa responsabilizzazione interna</p> <p>inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi</p> <p>inadeguata diffusione della cultura della legalità</p> <p>mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>	<p>si/no</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>SI</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p>	<p>Vincolato dai parametri delle tabelle forensi di cui al DM 55/14 e s.m.m.ii. e dal regolamento aziendale interno</p>	<p>Il processo ha come destinatario il professionista esterno</p> <p>determinato dal valore del singolo procedimento</p>	<p>il processo coinvolge la UOC Affari Legali e il Servizio Economico Finanziario</p>	<p>variabile in relazione al valore del procedimento affidato, nei limiti dei parametri minimi</p>	<p>M01 - M02 - M03 - M04</p>	BASSO	DIRETTORE UOC	

U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore f.f. Avv. Lydia D'Amore

RIMBORSO SPESE LEGALI SOSTENUTE DAL DIPENDENTE PER LA DIFESA IN GIUDIZIO PER FATTI AVVENUTI IN SERVIZIO

DI PARTE: DIPENDENTE

GARANIRE IL RISPETTO DEGLI ARTT. 25 E 26 CCNL SANITA' IN MATERIA DI PATROCINIO LEGALE

Area di rischio																	
Descrizione del processo																	
INPUT																	
OUTPUT																	
N° Processo	Esempificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)				Sì/No		Indicatore		Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico	Responsabili					
3	ALTERAZIONE DELL'ORDINE CRONOLOGICO DEL RIMBORSO DELLE SPESE LEGALI AL FINE DI FAVORIRE ALCUNI DIPENDENTI OLCVERO DI ATTRIBUIRE COMPETENZE NON DOVUTE E/O NON DOCUMENTATE	assenza di misure trattamento del rischio				No	Vincolato alla verifica di conformità ai parameetri delle tabelle forensi di cui al DM 55/14 e s.s.m. li e al regolamento aziendale interno		destinatario è il dipendente avente diritto al rimborso		determinato in base ai minimi tariffari e all'attività svolta	il processo coinvolge la UOC Affari Legali e il Servizio Economico Finanziario	variabile in base ai giudizi conclusi favorevolmente per il dipendente	M01 - M02 - M03 - M04	BASSO	DIRETTORE UOC	
		mancanza di trasparenza				No											
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa				No											
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto				No											
		scarsa responsabilizzazione interna				No											
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità				No											
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione				No											

U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore f.f. Avv. Lydia D'Amore

TRANSAZIONI

DI PARTE E/O DUFFICIO

MINORE AGGRAVIO POSSIBILE DI SPESA PER L'AZIENDA

Area di rischio																		
Descrizione del processo																		
INPUT																		
OUTPUT																		
N° Processo	Esempificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)				Sì/No		Indicatore		Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico	Responsabili						
4	POSSIBILI ACCORDI COLLUSIVI CON IL DANNEGGIATO O CON LA COMPAGNIA ASSICURATIVA PER CONSEGUIRE VANTAGGI PERSONALI	assenza di misure trattamento del rischio				No	descrizionalità del processo		rilevanza esterna		vincolato dalla previsione sfavorevole circa l'esito di una controversia	destinatario è l'altra parte (persona fisica o giuridica) dell'accordo	correlato alla valutazione degli interessi sortesi all'accordo	il processo coinvolge l'UOC Affari Legali / Direzione Strategica / Medicina Legale / Servizio Economico Finanziario	variabile a seconda del valore della transazione	M01 - M02 - M03 - M04	MEDIO	DIRETTORE UOC
		mancanza di trasparenza				No												
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa				No												
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto				No												
		scarsa responsabilizzazione interna				No												
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità				No												
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione				No												

U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore f.f. Avv. Lydia D'Amore											
GESTIONE DEI SINISTRI IN AUTOASSICURAZIONE E/O IN GESTIONE ASSICURATIVA											
SU INIZIATIVA DI PARTE / UO AZIENDALE / D'UFFICIO											
CORRETTA GESTIONE DEL CONTENZIOSO ATTIVO E PASSIVO											
Area di rischio Descrizione del processo INPUT OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	S/N	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico	Responsabili	
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo				Impatto economico
5	CONFLITTO D'INTERESSE / CAUSE DI INCOMPATIBILITA' / IMPERIZIA	assenza di misure trattamento del rischio	No	vincolata alla notifica di atti c/o					M01 - M02 - M03 - M04 - M 10	DIRETTORE UOC	
		manca di trasparenza	No	procedimenti giudiziari in danno dell'azienda ovvero alla necessità di agire per la difesa di interessi aziendali							
		eccesiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No								
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	SI								
		Scarsa responsabilizzazione interna	No								
inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No										
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No								
		manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No								

U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore f.f. Avv. Lydia D'Amore											
PARERI LEGALI											
U.O. RICHIEDENTE											
SUPPORTO GIURIDICO ALLE ATTIVITA' AZIENDALI											
Area di rischio Descrizione del processo INPUT OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	S/N	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	giudizio sintetico	Responsabili	
				discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo				Impatto economico
6	SCELTA DI PROFESSIONISTI SENZA PREVENTIVA VALUTAZIONE DEI REQUISITI DI PROFESSIONALITA' SPECIFICA E DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE E/O DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'	assenza di misure trattamento del rischio	No						M01 - M02 - M03 - M04 - M 10	DIRETTORE UOC	
		manca di trasparenza	No								
		eccesiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No								
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No								
		Scarsa responsabilizzazione interna	No								
inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No										
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No								
		manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No								

U.O.C. AREA TECNICA									
AFFIDAMENTO LAVORI IN ECONOMIA E/O D'URGENZA									
DI UFFICIO									
CORRETTA E TRASPARENTE PROCEDURA DI AFFIDAMENTO DEI LAVORI									
Area di rischio	Descrizione del processo	N° Processo	Esempificazione del rischio	Indicatori		Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nullo, Basso, Medi o Alto Critico)	Responsabili	
				Valore economico	Impatto organizzativo				
1	NON CORRETTA PROGRAMMAMAZIONE DEI LAVORI E RICORSO ALL'AFFIDAMENTO IN ECONOMIA E/O DIRETTO PER MANCATA PREVISIONE-PIANIFICAZIONE DEI LAVORI		Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	assenza di misure trattamento del rischio	no	media SI (presenza di normativa sia nazionale che regionale nonché vincoli dettati dai regolamenti aziendali)	M01, M02, M03, M04, M05, M06, M10, M11, M12	MEDIO	Direttore UOC
				manca di trasparenza	no				
				eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no				
				esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si				
				scarsa responsabilizzazione interna	no				
				inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no				
				Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no				
				manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no				

U.O.C. AREA TECNICA									
CONTABILIZZAZIONE DEI LAVORI									
DI UFFICIO									
QUANTIFICAZIONE ANALITICA E PUNTUALE DEI LAVORI									
Area di rischio	Descrizione del processo	N° Processo	Esempificazione del rischio	Indicatori		Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nullo, Basso, Medi o Alto Critico)	Responsabili	
				Valore economico	Impatto organizzativo				
2	INDICAZIONE APPROSSIMATIVA O GENERICA DEI LAVORI DA EFFETTUARE E RELATIVA CONTABILIZZAZIONE		Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	assenza di misure e trattamento del rischio	no	bassa NO (presenza di normativa sia nazionale che regionale nonché vincoli dettati dai regolamenti aziendali)	M01, M02, M03, M04, M06, M10, M11	MEDIO	Direttore UOC
				manca di trasparenza	no				
				eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no				
				esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si				
				scarsa responsabilizzazione interna	no				
				inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no				
				Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no				
				manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no				

struttura responsabile		UOC Controllo di Gestione												
Descrizione del processo		Processo di Inegoziazione del Budget												
INPUT		Ufficio												
OUTPUT		Definizione del budget da assegnare alle UU OO												
N° processo	Esempificazione del rischio	Fattori Abilitanti (esclusione della presenza/ assenza in senso alle realtà organizzative)	Sì/No	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	Rischio valutato	Responsabili				
				descrittività del processo	relevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo				Impatto economico			
1	L'attività in descrizione affricce alla fase di programmazione con contestuale definizione del budget da assegnare alle strutture, il rischio corrivo si configura nella possibile individuazione di un budget artificiosamente sottostimato per garantire il raggiungimento del risultato finale, nella logica costi/ricavi.	assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza	no	no	no	no	no	NO (rispetto previsioni legislative, vincoli derivati dagli obiettivi strategici)	NO	SI (vincola l'attività delle singole UUOO)	SI (premiante è legata al raggiungimento del risultato)	M01, M02, M03, M04, M05, M06, M09, M10, M11, M12	attività che integra un rischio corruttivo medio	Direttore UOC

struttura responsabile		UOC Controllo di Gestione												
Descrizione del processo		Valutazione del personale												
INPUT		Ufficio												
OUTPUT		corretta raccolta dati inerenti al personale dipendente												
N° processo	Esempificazione del rischio	Fattori Abilitanti (esclusione della presenza/ assenza in senso alle realtà organizzative)	Sì/No	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	Rischio valutato	Responsabili				
				descrittività del processo	relevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo				Impatto economico			
2	Alterazione o impropria gestione dei dati inerenti le valutazioni del personale	assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza	no	no	no	no	no	NO (attività svolta dal direttore di struttura quale valutatore di prima istanza)	NO	SI (valutazione da cui dipende l'ingestione della premialità)	SI (premiante è legata al raggiungimento del risultato)	M01, M02, M03, M04, M05, M09, M10, M11, M12	attività che integra un rischio corruttivo medio	Direttore UOC

per le UOC Controllo di gestione

AZIENDA OSPEDALIERA
 S.O. NIOCCANTI, AVELLINO
 Il Direttore Amministrativo
 Dott. Germano Perino

ACQUISTI CONFORMI AI REQUISITI E CORRISPONDENTI ALLE ESIGENZE AZIENDALI												
Area di rischio Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Esempificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in senso alla realtà organizzativa)	SI/NO	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nulla, Basso, Medi o Alto, Critico)	Responsabili
						descrizionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo			
1			Il rischio è connesso alla progettazione procedure di affidamento contratti informatici	assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scarsa responsabilizzazione interna Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi Inadeguata diffusione della cultura della legalità mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	SI/NO	NO (vincolato dal rispetto di norme di legge e regolamentari)	SI	SI (SI riferisce sulla programmazio ne delle attività aziendali)	NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)	M02, M04, M04, M05, M 10	ALTO	Dirigente Responsabile UO SIA

U.O. SIA
Informatizzazione dei processi Aziendali attraverso la fornitura e l'adeguamento delle tecnologie informatiche

ADEGUAMENTO TECNOLOGICO AZIENDALE													
Area di rischio Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Esempificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in senso alla realtà organizzativa)	SI/NO	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nulla, Basso, Medi o Alto, Critico)	Responsabili	
						descrizionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo				Impatto economico
2			Il rischio è connesso alla scelta delle soluzioni informatiche	assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scarsa responsabilizzazione interna Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi Inadeguata diffusione della cultura della legalità mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	SI/NO	NO (vincolata da obblighi di legge)	SI	NO (non quantificabile a priori)	SI	NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)	M01, M02, M03, M10	MEDIO	Dirigente Responsabile UO SIA

U.O. SIA									
Analisi di mercato, studio organizzativo analisi esigenze utente, scelta prodotto									
D'UFFICIO									
ACQUISTO MATERIALE TECNOLOGICO CONFORME ALLE ESIGENZE									
Area di rischio Descrizione del processo INPUT OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa) si/no	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nulla, Basso, Medi o, Alto, Critico)	Responsabili
			discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo			
3	Il rischio è connesso alla gestione dati e progettazione	assenza di misure trattamento del rischio	no						Dirigente Responsabile UO SIA
		manca di trasparenza	no						
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no						
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si			SI (si ripercuote sulla programmazio ne delle attività aziendali)			
		Scarsa responsabilizzazione interna	no	SI	SI	SI			
		Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no				NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)		
Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no								
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no					M02, M03, M04, M10			

U.O. SIA									
Analisi di mercato, studio organizzativo analisi esigenze utente, scelta prodotto									
D'UFFICIO									
ACQUISTO MATERIALE TECNOLOGICO CONFORME ALLE ESIGENZE									
Area di rischio Descrizione del processo INPUT OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa) si/no	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nulla, Basso, Medi o, Alto, Critico)	Responsabili
			discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo			
4	Il rischio è connesso alla tempistica di attuazione	assenza di misure trattamento del rischio	no						Dirigente Responsabile UO SIA
		manca di trasparenza	no						
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	si						
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si			SI (si ripercuote sulla programmazio ne delle attività aziendali)			
		Scarsa responsabilizzazione interna	no	SI	SI	SI			
		Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no				NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)		
Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no								
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no					M02, M03, M04, M10			

Garanzia di continuità di servizio della infrastruttura periferiche e rete

D'UFFICIO

SICUREZZA RISPETTO ALLE MINACCE INFORMATICHE

Area di rischio Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in senso alla realtà organizzativa)	s/no	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nulla, Basso, Medi o, Alto, Critico)	Responsabili	
						osservazione del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo				Impatto economico
7			Il rischio è connesso alle minacce informatiche	assenza di misure trattamento del rischio	no							Dirigente Responsabile UO SIA	
				manca di trasparenza	no								
				eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No								
				esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No								
				Scarsa responsabilizzazione interna	no								
				Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no								
				Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no								
manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no												
						NO	SI	NO	SI	NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)	M02, M03, M04, M10	MEDIO	

<p style="text-align: center;">UO CUP TICKET</p> <p style="text-align: center;">GESTIONE PRENOTAZIONI CUP</p> <p style="text-align: center;">D'UFFICIO</p> <p style="text-align: center;">CORRETTO RISPETTO DEI TEMPI DELLA CRONOLOGIA DI PRENOTAZIONE</p>												
Struttura responsabile												
Descrizione del processo	pioc4530											
INPUT												
OUTPUT												
N° Processo	1	Esemplificazione e del rischio	<p>Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)</p> <p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>assenza di trasparenza</p> <p>manca la attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>			si/no	<p>descrittività del processo</p> <p>BASSO</p> <p>NO (vincolato dal rispetto di norme di legge e procedure informatiche)</p>		<p>indicatori</p> <p>Valore economico</p> <p>ALTO</p> <p>NO (valore economico non quantificabile a priori)</p>	<p>Misure di prevenzione da introdurre</p> <p>M01, M02, M03, M05, M10, M11</p>	<p>GIUDIZIO SINTETICO (Nullo, Basso, Medio, Alto)</p> <p>MEDIO</p>	Responsabili
Struttura responsabile												
Descrizione del processo												
INPUT												
OUTPUT												
N° Processo	2	Esemplificazione e del rischio	<p>Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)</p> <p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>manca la attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>			si/no	<p>descrittività del processo</p> <p>MEDIO</p> <p>SI (in parte vincolato da procedure informatiche aziendali)</p>		<p>indicatori</p> <p>Valore economico</p> <p>MEDIO (non quantificabile a priori)</p>	<p>Misure di prevenzione da introdurre</p> <p>M01, M02, M03, M04, M05, M09, M10, M11</p>	<p>GIUDIZIO SINTETICO (Nullo, Basso, Medio, Alto)</p> <p>MEDIO</p>	Responsabili

<p style="text-align: center;">UO CUP TICKET</p> <p style="text-align: center;">GESTIONE PRENOTAZIONI ALPI</p> <p style="text-align: center;">DI PARTE</p> <p style="text-align: center;">CORRETTA GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI SENZA INTERFERIRE NELLA SCELTA DELL'UTENZA</p>												
Struttura responsabile												
Descrizione del processo												
INPUT												
OUTPUT												
N° Processo	2	Esemplificazione e del rischio	<p>Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)</p> <p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>manca la attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>			si/no	<p>descrittività del processo</p> <p>MEDIO</p> <p>SI (in parte vincolato da procedure informatiche aziendali)</p>		<p>indicatori</p> <p>Valore economico</p> <p>MEDIO (non quantificabile a priori)</p>	<p>Misure di prevenzione da introdurre</p> <p>M01, M02, M03, M04, M05, M09, M10, M11</p>	<p>GIUDIZIO SINTETICO (Nullo, Basso, Medio, Alto)</p> <p>MEDIO</p>	Responsabili

UO CUP TICKET											
CONTABILIZZAZIONE, RISCOSSIONE E SERVIZIO DI CASSA											
D'UFFICIO											
CORRETTA CONTABILITA'											
Struttura responsabile Descrizione del processo INPUT OUTPUT	N° Processo	Esemplificazione e del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	sì/no	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SIMTETICO (basso, Medio, Alto)	Responsabili
					decrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	impatto organizzativo			
			assenza di misure trattamento del rischio	no							
		MANCATO INCASSO TICKET, ERRATA INDICAZIONE PRESTAZIONE RICHIESTA ED IMPORTO, MANCATO CONTROLLO ESENZIONE	mancanza di trasparenza	no							
			eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	no							
			esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si							
	3		Scarsa responsabilizzazione interna	no	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	MEDIO		
			Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	no	SI (non corretto incasso del ticket)	SI (si ripercuote sul budget aziendale e sulla programmazione e delle attività)	NO (non quantificabile a priori)	SI (non valutabile a priori)			
			Inadeguata diffusione della cultura della legalità	no							
			mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	no							
									M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11	BASSO	Direttore UO

UOS RELAZIONI ESTERNE													
Informazioni telefoniche													
D'UFFICIO													
Corrette risposte all'utenza													
Area di rischio	Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Esemplificazione e del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	sì/no	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nulla, Basso, Medio, Alto, Critico)	Responsabili
							descrittività del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo			
3				<p>Manca risposta e/non correttezza dell'informazione e.</p> <p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>manca di trasparenza</p> <p>eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa</p> <p>esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto</p> <p>Scarsa responsabilizzazione interna</p> <p>inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi</p> <p>Inadeguata diffusione della cultura della legalità</p> <p>manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>	<p>no (vincolata da norme di legge)</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>SI (si ripercuote sulla immagine e affidabilità aziendale)</p> <p>no</p>						<p>M01, M02, M03, M04, M07, M09, M10, M11</p>	basso	Direttore UOS

UOS RELAZIONI ESTERNE													
Raccolta delle segnalazioni di disservizio e reclami degli utenti													
Di parte /D'UFFICIO													
Corretta e trasparente gestione delle istanze													
Area di rischio	Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Esemplificazione e del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	sì/no	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nulla, Basso, Medio, Alto, Critico)	Responsabili
							descrittività del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo			
4				<p>Il rischio è connesso alla non corretta gestione e conservazione dei dati e delle informazioni</p> <p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>manca di trasparenza</p> <p>eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa</p> <p>esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto</p> <p>Scarsa responsabilizzazione interna</p> <p>inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi</p> <p>Inadeguata diffusione della cultura della legalità</p> <p>manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>	<p>SI (il processo ha come destinatari soggetti in genere esterni)</p> <p>SI (vincolato dal rispetto di norme di legge e regolamenti)</p> <p>NO (valore economico non quantificabile a priori)</p> <p>SI</p> <p>NO (nessun impatto economico prevedibile a priori)</p>						<p>M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11</p>	Medio	Dirigete UOS

UO FORMAZIONE															
AFFIDAMENTO SERVIZIO DI FORMAZIONE DEI DIPENDENTI AD ENTI ESTERNI															
D'UFFICIO (AD INIZIATIVA RESPONSABILI UO/UOC)															
AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI FORMAZIONE															
Struttura Responsabile	Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	Sì/no	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SIMFETICO (Nullo, Basso, Medio, Alto)	Responsabili		
							discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo				Impatto economico	
3				ECESSO DI DISCREZIONALITA' - NON RISPETTO DI NORME	<p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>manca di trasparenza</p> <p>eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa</p> <p>esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto</p> <p>Scarsa responsabilizzazione interna</p> <p>inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi</p> <p>Inadeguata diffusione della cultura della legalità</p> <p>manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>	no	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BASSO	NO	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11, M12	MEDIO	DIRIGENTE UO FORMAZIONE, Direttore UOC richiedente - DIREZIONE STRATEGICA-

UO FORMAZIONE																
AFFIDAMENTI OCCASIONALI INCARICHI DI DOCENZA																
D'UFFICIO																
ASSEGNAZIONE INCARICO DI DOCENZA																
Struttura Responsabile	Descrizione del processo	INPUT	OUTPUT	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	Sì/no	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SIMFETICO (Nullo, Basso, Medio, Alto)	Responsabili			
							discrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo				Impatto economico		
4				ECESSO DI DISCREZIONALITA' NELLA SCELTA DEL DOCENTE - INFLUENZATA DA INTERESSI PRIVATI	<p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>manca di trasparenza</p> <p>eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa</p> <p>esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto</p> <p>Scarsa responsabilizzazione interna</p> <p>inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi</p> <p>Inadeguata diffusione della cultura della legalità</p> <p>manca attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>	no	ALTA	ALTA	ALTA	BASSA	SI	BASSO	NO (non valutabile a priori)	M01, M02, M04, M10, M11, M12	ALTO	UO FORMAZIONE - Responsabile scientifico-

UO FORMAZIONE										
Eventi formativi con sponsorizzazioni di ditte con interessi commerciali in campo sanitario										
DI PARTE										
Corretta formazione del personale sanitario interessato agli eventi formativi proposti da terzi-ditte										
Struttura Responsabile Descrizione del processo										
INPUT										
OUTPUT										
N° Processo	5	Esemplificazione del rischio	Rischio di conflitto di interesse con il responsabile scientifico o altri: scelta selezione e/o uso di specifici prodotti/presidi sulla base di benefici e sollecitazioni proposte dalle Ditte che sponsorizzano l'evento formativo	si/no	no	no	no	no	no	no
Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	assenza di misure trattamento del rischio		no							
	mancanza di trasparenza		no							
	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa		si							
	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto		si							
	Scarsa responsabilizzazione interna		no							
	Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		no							
	Inadeguata diffusione della cultura della legalità		no							
	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione		no							
Indicatore	descrittività del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (nulla, basso, medio, alto)	Responsabili		
	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	M01, M02, M04, M09, M10, M11	MEDIO	UO FORMAZIONE - Responsabile scientifico - Direttore UOC - Direzione Strategica -		

UO FORMAZIONE										
SVOLGIMENTO TIROCINI CURRICULARI										
DI PARTE										
AMMISSIONE DEL TIROCINANTE										
Struttura Responsabile Descrizione del processo										
INPUT										
OUTPUT										
N° Processo	6	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	si/no	no	no	no	no	no	no
	assenza di misure trattamento del rischio		no							
	mancanza di trasparenza		no							
	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa		si							
	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto		si							
	Scarsa responsabilizzazione interna		no							
	Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		no							
	Inadeguata diffusione della cultura della legalità		no							
	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione		no							
Indicatore	descrittività del processo	rilevanza esterna	Valore economico	Impatto organizzativo	Impatto economico	Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (nulla, basso, medio, alto)	Responsabili		
	BASSO	ALTO	BASSO	BASSO	BASSO	M01, M02, M03, M04, M09, M10, M11	BASSO	UO FORMAZIONE - Direttore Presidio - Direttore Dipartimento - Direttore UOC - Tutor -		

UO FORMAZIONE											
RIMBORSO SPESA per eventi formativi											
DI PARTE											
RIMBORSO SPESE											
Struttura Responsabile Descrizione del processo	N° Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	SITUAZIONE	Indicatori				Misure di prevenzione da introdurre	GIUDIZIO SINTETICO (Nullo, Basso, Medio, Al to)	Responsabili
					descrizionalità del processo	rilevanza esterna	Valore economico	impatto organizzativo			
	7	non corretta tipologia e ad importo dei quali si chiede il rimborso/false attestazioni dei rimborsi	<p>assenza di misure trattamento del rischio</p> <p>mancanza di trasparenza</p> <p>eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto</p> <p>Scarsa responsabilizzazione interna</p> <p>inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi</p> <p>Inadeguata diffusione della cultura della legalità</p> <p>mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione</p>	<p>si</p> <p>no</p> <p>si</p> <p>si</p> <p>no</p> <p>no</p> <p>no</p>	<p>BASSO</p> <p>BASSO</p> <p>MEDIO</p> <p>BASSO</p> <p>BASSO</p> <p>BASSO</p> <p>BASSO</p>	<p>SI</p> <p>NO</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>NO</p> <p>NO</p>	<p>SI</p> <p>NO</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>NO</p> <p>NO</p>	<p>BASSO</p> <p>BASSO</p> <p>BASSO</p> <p>BASSO</p> <p>BASSO</p> <p>BASSO</p> <p>BASSO</p>	<p>M01, M02, M03, M09, M10, M11</p>	<p>BASSO</p>	<p>UO FORMAZIONE - Direttore UOC</p>

