



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

ORIGINALE

Proponente: Responsabile Anticorruzione

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 56 DEL _____

PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente delibera è stata affissa all'albo pretorio on-line di questa Azienda Ospedaliera il _____ vi rimarrà per giorni quindici

Il Responsabile delle Pubblicazioni

Spedita per i provvedimenti di competenza al:

- Collegio Sindacale

con prot. n. _____ del _____

- Giunta Regionale

con prot. n. _____ del _____

L'anno duemiladiciasette il giorno 24 del mese di luglio, nella sede dell'Azienda Ospedaliera S. Giuseppe Moscati – Avellino, il Direttore Generale, Dott. Angelo PERCOPO, nominato con D.P.G.R.C. n. 178 dell' 01/08/2016, coadiuvato dal Direttore Sanitario Dr.ssa Maria Concetta CONTE e dal Direttore Amministrativo Dott. Antonio PASTORE , ha assunto il seguente provvedimento:

OGGETTO

ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (2017-2019) AI SENSI DELLA LEGGE N.190/2012
AGGIORNAMENTO

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, nonché per espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa a mezzo sottoscrizione della presente, il Responsabile Anticorruzione U.O. Direzione Risorse Umane, dott.ssa Arcangiolina MARUOTTO

PREMESSO

CHE con l'adozione della Legge n. 190 del 6.11.2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", l'ordinamento italiano ha introdotto numerosi strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo ed ha individuato i soggetti preposti a mettere in atto iniziative in materia;

CHE l'Azienda Ospedaliera "San Giuseppe Moscati" di Avellino intende pertanto adempiere al dettato normativo mediante l'aggiornamento del Piano Anticorruzione, fatte salve le successive integrazioni e modifiche che potranno intervenire;

RICHIAMATI i decreti attuativi della suddetta legge e in particolare:

- il D.lgs. 33/2013 Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- il DPR n. 62/2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001";
- il D.L. 101/2013 convertito in L. 125/2013 "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni";
- il D.L. 90/2014 convertito in L. 114/2014 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari";
- la legge 124 del 2015 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione";

RICHIAMATI altresì:

- il PNA adottato con delibera ANAC n. 831 del 3/08/2016 e l'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla determina ANAC n. 12 del 28/10/2015;

ATTESO CHE nella logica delle sopra richiamate disposizioni normative in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione viene a delinarsi un sistema articolato verso l'accessibilità totale delle informazioni, il miglioramento continuo nell'uso delle risorse pubbliche e uno strumento di prevenzione e contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione;

CONSIDERATO CHE, ai sensi dell'art. 1 co. 8 della L. 190/2012 è obbligo del Responsabile proporre all'organo di indirizzo il Piano triennale di prevenzione della corruzione per la relativa adozione nonché aggiornamento;

CHE con deliberazione n. 30 del 13 gennaio 2014, è stato individuato quale Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza dell'Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati" di Avellino, la dott.ssa Arcangiolina Maruotto, collaboratore amministrativo professionale, dipendente a tempo indeterminato ctg DI;

DATO ATTO che il dott. Percopo Angelo, attuale Direttore Generale ha adottato, sin dall'inizio della sua nomina, politiche, comportamenti e soluzioni che hanno espresso la piena consapevolezza del proprio coinvolgimento nella predisposizione delle misure organizzative necessarie alla prevenzione della corruzione, nonché l'interesse ad approfondire ed analizzare il fenomeno all'interno dell'Azienda;

PRESO ATTO che, entro il 31 gennaio di ogni anno è obbligatorio procedere all'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione;

DATO ATTO che il Piano proposto recepisce i principi di continuità con il Piano Nazionale Anticorruzione adottato con delibera Anac n.831/2016;

VISTA la citata Determinazione n. 12 del 28 Ottobre 2015 dell'Anac che aggiorna il Piano Nazionale Anticorruzione 2015 e prevede significativi elementi di novità, tali da impattare sulla elaborazione del PTPC ed infatti: da un lato individua importanti "correzioni di rotta" in particolare sulle fasi della gestione del rischio corruzione, dall'altro, dedica larga parte dell'aggiornamento alla nuova e specifica **Sezione della Sanità** individuando, all'interno della stessa, le aree di rischio "generali" e "specifiche";

RITENUTO CHE l'impegno del PTPC deve essere quello di "declinare" queste aree con riferimento alla specificità del settore della Sanità, ed in particolare della Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati";

DATO ATTO che allo scopo di evitare adempimenti meramente temporanei e agevolare la riorganizzazione in corso il Piano delinea una fase transitoria, in cui rimanda l'avvio della mappatura dei processi e la gestione dei rischi alla definizione normativa ed organizzativa dell'Azienda con l'adozione dell'Atto Aziendale approvato con delibera n. 431 del 30/09/2016;

DATO ATTO che il Piano contiene, altresì, la programmazione di azioni prioritarie di omogeneizzazione finalizzate alla prevenzione della corruzione fattibili nonché verificabili nella loro effettiva realizzazione;
DATO ATTO infine che il Piano è adottato nella fase di avvio del processo organizzativo e che il Responsabile della prevenzione della corruzione, si riserva, ai sensi dell'art. 1 comma 10 della legge 190 del 2012 di proporre, entro l'anno 2017, l'eventuale modifica dello stesso a seguito dei mutamenti intervenuti nell'organizzazione;

PRESO ATTO che con riferimento alla delibera Civit (ora ANAC) n. 120/2010, l'Azienda ha ritenuto di procedere a consultazione delle associazioni dei consumatori e degli utenti e comunque dell'intera cittadinanza e *stakeholders* interessati all'attività dell'Azienda medesima, mediante procedura "aperta", con invito a formulare proposte o suggerimenti sull'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e sul Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2017-2019;

PRESO altresì atto che nel periodo di pubblicazione sul sito dell'Azienda dell'avviso citato non risultano pervenuti all'indirizzo di posta elettronica indicato, suggerimenti o proposte da parte dei destinatari dell'invito;

RITENUTO pertanto necessario procedere alla tempestiva adozione integrata ed interamente convergente verso l'obiettivo di prevenzione della illegalità del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2017-2019, parte integrante e sostanziale del presente atto;

RAVVISATA la necessità di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile onde rispettare i termini previsti dalla normativa e garantire la tempestiva messa in atto delle misure previste nel Piano;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Per quanto in premessa, che qui si intende integralmente riportato

- **Di adottare** l'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione triennio 2017-2019 dell'Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati", secondo la versione allegata, quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
- **Di dare atto** che il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità triennio 2016-2018 è una sezione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione triennio 2016-2018 dell'Azienda;
- **Di disporre** la pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018 sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera nella sezione Amministrazione Trasparente;
- **Di dichiarare** il presente atto immediatamente eseguibile, 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 e dell'Illegalità 2016-2018, compresa la sezione relativa al Programma Triennale per la Trasparenza;
- **Di trasmettere** la presente deliberazione e l'accluso piano al Dipartimento della Funzione Pubblica nonché all' U.O. S.I.A. che ne assicurerà la pubblicazione in apposita sezione sul sito web aziendale

La Responsabile P.C.T.

Dr.ssa Arcangelo  MARUOTTO

IL DIRETTORE GENERALE
(ex DGRC 178/2016)

Preso atto della dichiarazione di regolarità dell'istruttoria compiuta dalla Responsabile Anticorruzione nonché della dichiarazione di legittimità tecnica ed amministrativa resa dal Direttore e/o Dirigente proponente con la sottoscrizione della proposta che precede;

Condivise le motivazioni in essa indicate e fatta propria la proposta del Direttore e/o Dirigente proponente;

Sentiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

DELIBERA

- **Di adottare** l'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione triennio 2017-2019 dell'Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati", secondo la versione allegata, quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
- **Di dare atto** che il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità triennio 2016-2018 è una sezione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione triennio 2016-2018 dell'Azienda;
- **Di disporre** la pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018 sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera nella sezione Amministrazione Trasparente;
- **Di dichiarare** il presente atto immediatamente eseguibile, 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 e dell'Illegalità 2017-2019, compresa la sezione relativa al Programma Triennale per la Trasparenza;
- **Di trasmettere** la presente deliberazione e l'accluso piano al Dipartimento della Funzione Pubblica nonché all' U.O. S.I.A. che ne assicurerà la pubblicazione in apposita sezione sul sito web aziendale

IL DIRETTORE SANITARIO
D^{ssa} Maria Concetta CONTE

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Antonio PASTORE

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Angelo PERCOPO



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ



Piano Triennale Anticorruzione

2017-2019 Aggiornamento

Piano redatto ai sensi della Legge n°190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" (aggiornamento anno 2017/2019).

PREMESSA

Il Presente documento definisce il Piano di Prevenzione della Corruzione per il triennio 2017-2019 . Esso viene stilato sulla base dell'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione predisposto dall'ANAC, giusta Determinazione n.12 del 28.10.2015 e sull'adozione del PNA del 3/08/16 delibera Anac n. 831, reso necessario in virtù degli interventi normativi che hanno fortemente inciso sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale.

Si conferma la definizione del fenomeno contenuta nel PNA, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la **“maladministration”**, intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

La corruzione costituisce una delle principali cause di inefficienza dei servizi destinati alla collettività, del dissesto delle finanze pubbliche, nonché della disaffezione dei cittadini verso le istituzioni. La Legge n. 190 del 6.11.2012 ha realizzato una manovra di ampio respiro che per la prima volta tenta un approccio globale, che non deve essere compiuto come un'attività di polizia , ma piuttosto come un'attività di alto profilo tesa a creare condizioni di valorizzazione di comportamenti virtuosi e corretti in ambienti che disincentivino comportamenti devianti

L'Azienda Ospedaliera “San Giuseppe Moscati” di Avellino intende pertanto adempiere al dettato normativo mediante l'aggiornamento del presente Piano, fatte salve le successive integrazioni e modifiche che potranno intervenire.

2. Normativa di riferimento.

- Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'Anac in data 3/08/16 con delibera n.831;
- 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'art. 1, commi 49 e 50, L. n. 190/2012”
- 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”;
- Decreto Legislativo n. 97 del 25/05/2016;
- Linee di indirizzo del 13 marzo 2013 del “Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Circolare n.1 del 25/1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica;
- D.P.C.M. 16/1/2013 contenente le linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano nazionale anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012 n°190;
- Legge 17 dicembre 2012 n° 221, conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012 n° 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese.
- Legge 6 novembre 2012 n° 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione”;

- Legge 28 giugno 2012 n° 110 Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione - Strasburgo 27 gennaio 1999;
- D.P.R. recante schema: “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, come sostituito dall’articolo 44, della legge 6 novembre 2012 n. 190”;
- D.L. n° 179 del 18 ottobre 2012 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”. Art. 34-bis. “Autorità nazionale anticorruzione”;
- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n° 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009 n° 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- Legge 3 agosto 2009 n.° 116 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n.58/4, sottoscritta dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003 nonché norme di adeguamento interno e modifiche al Codice Penale e al Codice di Procedura Penale" ;
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n° 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- D.P.R. n.62/2013 (Codice di comportamento);
- Codice Penale articoli dal 318 al 322;
- D.L.90/2014 (Semplificazione e trasparenza amministrativa)
- Legge 7 agosto 2015 n.124 “ Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione);
- Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015- Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione

3.1. I soggetti interni

Coinvolti nel processo di prevenzione alla corruzione e all'illegalità in ambito aziendale, chiamati a partecipare attivamente all'elaborazione del Piano di Prevenzione, all'attuazione e controllo di efficacia delle misure con esso adottate, sono tutti i soggetti presenti nell'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera e in particolare:

a) Il Direttore Generale, organo di vertice, che:

- nomina il Responsabile della Prevenzione della corruzione che di norma è Responsabile anche per la Trasparenza;
- adotta il Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e i suoi aggiornamenti entro il 31 gennaio di ogni anno;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che sono direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, come il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ai sensi dell'art. 10 del D. L.vo n. 33/2013, il Codice di comportamento ex art. 54, comma 5, del D. L.vo n. 165/2001 e il Piano della Performance di cui all'art. 10 del D. L.vo n. 150/2009.

Il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario ;

b) Il Responsabile della prevenzione della corruzione, nominato dal Direttore Generale ,ai sensi della legge 190/2012 provvede a :

- predisporre il piano Triennale di prevenzione della Corruzione, che sottopone alla Direzione per l'approvazione entro il 31 gennaio di ogni anno;
- verificare l'attuazione del Piano e proporre la modifica dello stesso, qualora siano accertate significative violazioni delle prescrizioni oppure intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione (art. 1, comma 10, lett. a), L. n. 190/2012);
- verificare, d'intesa con i Dirigenti competenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che vengano commessi reati di corruzione (lett. b);
- individuare, con i Dirigenti interessati, il personale da inserire nei programmi di
 - o formazione ai sensi dell'art. 1, comma 11, della L. n. 190/2012 (lett. c);
- predisporre e pubblicare nel sito web aziendale una relazione recante i risultati
 - o dell'attività svolta di ogni anno (art.1, comma 14, L. n. 190/2012).

c) I Direttori/Responsabili delle strutture, nominati **Referenti** con delibera del Direttore Generale n. 423 del 18/06/2014, ai quali compete, per la struttura e le aree di attività di competenza, in collaborazione con il Responsabile aziendale, di :

1) diffondere una cultura di prevenzione della corruzione attraverso l'assunzione di comportamenti etici, equi e trasparenti, favorendo l'informazione ai propri collaboratori sulle procedure e sui regolamenti aziendali, con particolare riguardo al personale di nuova assegnazione;

2) monitorare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nella struttura a cui sono preposti e implementare sistemi di controllo che consentano di rilevare tempestivamente comportamenti inadeguati dei propri collaboratori;

3) partecipare all'aggiornamento del Piano triennale fornendo attiva collaborazione al Responsabile aziendale nella valutazione del grado di rischio presente, nell'individuazione ed eventuale correzione, integrazione, modifica degli interventi organizzativi e delle procedure volte a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;

4) fissare i termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, laddove non già previsti da norme o regolamenti o altra disciplina, e monitorare il loro effettivo rispetto con cadenza periodica, con l'obbligo di segnalare al Responsabile aziendale eventuali scostamenti o anomalie riscontrate;

5) individuare il personale da inserire in percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, comunicandoli al Responsabile Anticorruzione aziendale, e pianificare modalità di condivisione delle conoscenze e competenze acquisite.

6) adottare misure a garanzia del rispetto del Codice di comportamento di dipendenti, in caso di violazione dei doveri ivi previsti;

7) vigilare sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, di cui al Decreto Legislativo n. 39/2013;

d) Possono essere cointeressati nella prevenzione della corruzione:

l'Organismo Indipendente di Valutazione,

il Collegio Sindacale,

l'Ufficio relazioni con il pubblico,

l'Ufficio competente per i procedimenti disciplinari del personale dipendente;

il Servizio Ispettivo

3.2. I soggetti esterni

Al riguardo si fa riferimento, in particolare, alle Organizzazioni Sindacali aziendali ed alle Associazioni di Volontariato -.

Nel corso dell'anno 2017 si monitoreranno gli adempimenti normativi e gli interventi comuni sull'argomento.

4. Ruolo strategico della formazione

La legge 190/2012 prevede una serie di misure di formazione del personale, in particolare:

- definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, eventualmente verificando l'esistenza di percorsi di formazione *ad hoc* presso la Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, ed individuando il personale da inserire in tali programmi (art. 1, commi 8 e 11);
- previsione, per le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione (art. 1, comma 9, lett. b);
- organizzazione di attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione del codice di comportamento dei dipendenti delle Pubbliche amministrazioni (art. 1, comma 44).

Nel corso del 2017, si proporranno iniziative formative rivolte a specifiche strutture aziendali con attività a maggiore rischio e, in particolare, per piccoli gruppi in cui è più incisiva la partecipazione attiva delle persone.

Si continuerà, inoltre, ad aggiornare il sito dedicato all'anticorruzione con contributi in materia di legalità e trasparenza nel settore sanitario.

5. Miglioramento del processo di gestione del rischio di corruzione: analisi del contesto interno ed esterno.

Per le analisi dei principi da valorizzare, le «correzioni di rotta» su alcune fasi di gestione del processo di gestione e di trattamento del rischio di corruzione, il monitoraggio delle misure, si rinvia al dettagliato ed esauriente punto 6 della Parte Generale della citata Deliberazione ANAC n. 12/2015.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera si rileva che nell'anno 2016 è stato approvato dalla Regione Campania l'Atto aziendale e nel corso del biennio 2017-2018 si procederà alla applicazione del nuovo piano di organizzazione delle strutture aziendali ed interaziendali che comporterà anche una rivalutazione dal punto di vista della mappatura dei rischi e delle conseguenti misure anticorruptive all'interno dell'Azienda Ospedaliera.

Le liste di attesa rappresentano una delle voci più consistenti nella sezione di Aree a rischi specifico e la Responsabile Anticorruzione ha richiesto il monitoraggio a tutti i Referenti Anticorruzione nel corso dell'anno 2016 .

Come si evince dal sito aziendale, costantemente tenuto sotto controllo, risulta accettabile e va comunque letto in relazione alla preferenza espressa dagli utenti che sceglie di rivolgersi all'Azienda Ospedaliera S. Giuseppe Moscati di Avellino, anche da fuori zona.

La *gestione informatica delle liste d'attesa* raggiungerà nel triennio 2017/2019 adeguamenti ulteriori di funzionalità e di capacità di fornire in tempo reale elementi di tracciabilità sia per le visite ambulatoriali sia per i ricoveri.

Sono svolte attività nel Settore Gestione del Rischio Clinico.

Nella nostra azienda è implementato, nel settore Gestione del Rischio Clinico, un progetto formativo gestionale che è un utile strumento nella quotidiana attività di lavoro, in particolare per quanto riguarda la formazione, la individuazione e la analisi dei rischi clinici e delle priorità di intervento e la verifica delle azioni correttive concordate e finalizzate, tra l'altro, alla qualità della compilazione delle cartelle cliniche, la redazione e somministrazione del consenso informato, la riorganizzazione del lavoro, utilizzando in particolare lo strumento degli audit e altri strumenti della verifica e della qualità. Vengono raccolte le comunicazioni inerenti il contenzioso in un database aziendale.

È stato utilizzato il metodo delle interviste per la rilevazione del rischio puro rivolte a tutti i direttori responsabili delle U.O.C. e dipartimentali, assistiti dai principali collaboratori e dai caposala, che ci hanno dato un notevole contributo alla individuazione delle priorità e degli interventi correttivi.

Lo strumento dell'audit è utilizzato regolarmente quale contributo fondamentale alla moderna gestione del rischio clinico.

Nella nostra azienda è implementato un progetto formativo gestionale per la gestione del rischio clinico che è un utile strumento nella quotidiana attività di lavoro, in particolare per quanto riguarda la formazione, la individuazione e la analisi dei rischi clinici e delle priorità di intervento e la verifica delle azioni correttive concordate e finalizzate, tra l'altro, alla qualità della compilazione delle cartelle cliniche, la redazione e somministrazione del consenso informato, la riorganizzazione del lavoro, utilizzando in particolare lo strumento degli audit e altri strumenti della verifica e della qualità.

Vengono raccolte le comunicazioni inerenti il contenzioso in un database aziendale. È stato utilizzato il metodo delle interviste per la rilevazione del rischio puro rivolte a tutti i direttori responsabili delle U.O.C. e dipartimentali, assistiti dai principali collaboratori e dai caposala, che ci hanno dato un notevole contributo alla individuazione delle priorità e degli interventi correttivi. Lo strumento dell'audit è utilizzato regolarmente quale contributo fondamentale alla moderna gestione del rischio clinico. Partecipiamo alla rilevazione degli eventi sentinella predisposta dalla regione Campania in ottemperanza delle direttive del Ministero Della Salute.

L'azienda ha ufficialmente aderito alle iniziative di formazione specifica della regione Campania e del Ministero della salute in materia di gestione del rischio clinico. Il progetto aziendale formativo gestionale vero e proprio ha previsto la specifica formazione in gestione del rischio clinico della dirigenza strategica e gestionale, ripetuta di seguito in step successivi di attività formativa per istruire i direttori e responsabili delle UU.OO. e un gruppo di esperti nel settore indicati quali "facilitatori per il rischio clinico", formati tra dirigenti medici e biologi, farmacisti, ingegneri, tecnici, infermieri appartenenti a tutte le unità operative dell'azienda, che rendono concrete in tutte le U.U.O.O. dell'azienda le attività connesse alla gestione del rischio clinico. Attualmente più dell'80% degli operatori aziendali ha ricevuto formazione specifica che gli permette di partecipare a pieno titolo alle attività di gestione del rischio clinico. Il settore è anche impegnato nella collaborazione con la direzione sanitaria per la realizzazione del percorso integrato informatizzato del paziente dal ricovero alla dimissione passando per la realizzazione della cartella clinica informatizzata (MY Hospital.) Con tali premesse la nostra azienda ha raggiunto, prima in Italia, la certificazione di I° livello, per la Gestione del Rischio Clinico secondo il "Modello per la gestione del rischio nelle aziende sanitarie", promosso Federsanità ANCI, Agenas e Ministero della Salute, il 18 novembre 2014, e il secondo livello di certificazione da ente terzo confermato valido fino al 4

novembre 2017. **Attualmente è in corso di studio il progetto per il raggiungimento del III° livello di certificazione secondo lo stesso modello.**

6. Valutazione del rischio

Nel corso del 2017 si provvederà ad implementare la mappatura del rischio basata sulle suddivisioni dell'Atto aziendale di recente adozione..

Non si sono manifestate situazioni tali da dover intensificare le azioni di monitoraggio o contrasto, né sono pervenute segnalazioni al Responsabile della Trasparenza ed Anticorruzione o ad altri organismi interni all'Azienda che denunciino fatti corruttivi.

Per la valutazione del rischio sono stati attivati meccanismi di consultazione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di competenza (interviste) con direttori/responsabili sanitari, parte dei quali si dichiara a conoscenza della normativa per la gestione della trasparenza e dell'anticorruzione. Altri risultavano ben informati in virtù di ruoli ricoperti a livello scientifico o sociale.

In generale il rischio autodichiarato, prima di analizzare i singoli punti, è stato pressoché per tutti "basso". Tutti hanno tenuti distinti i rischi connessi all'operato di singole persone da quelli di sistema ed in questo senso si sono trovati concordi nel dire che le attuali modalità valutative e decisionali, attraverso la collegialità, la multi-professionalità e la tracciabilità, forniscono buoni punti di riferimento e fungono da reciproco autocontrollo e deterrente.

Pertanto si rinvia la determinazione della nuova mappatura del rischio confrontando il nuovo assetto organizzativo previsto dal futuro Atto aziendale e dal Piano di organizzazione, da attuare nel prossimo biennio 2016-2017.

7. Individuazione delle attività con più elevato rischio di corruzione

Uno degli scopi principali del Piano è quello di individuare, tra le attività di competenza dell'Azienda Ospedaliera, quelle più esposte al rischio di corruzione, e prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione. Considerata la particolare complessità dell'Azienda Ospedaliera, in termini di attività svolte e soggetti coinvolti, con conseguenti ricadute sulle relazioni intercorrenti, occorre prendere in considerazione tutte le attività amministrative che sono indistintamente interessate da potenziali rischi di corruzione.

Si fa riferimento all'art. 1, comma 9, lett. a), della Legge 190/2012 che procede già ad una prima individuazione, relativamente ai seguenti procedimenti:

- autorizzazione o concessione;
 - scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui al D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.;
 - concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, attribuzione di vantaggi economici a persone ed enti pubblici e privati;
 - concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.
- L'aggiornamento 2015 ha individuato le sotto elencate ulteriori «aree generali» di attività con alto livello di probabilità di eventi rischiosi:
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
 - controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
 - incarichi e nomine;
 - contratti pubblici.

Oltre alle suddette aree, ogni amministrazione ha attività peculiari che possono far emergere «aree di rischio specifiche», non meno rilevanti di quelle «generali» ma che si differenziano da queste ultime per la loro presenza in relazione alle caratteristiche tipologiche degli enti.

Per quanto riguarda l'identificazione delle funzioni di competenza dell'Azienda Ospedaliera più esposte al rischio di corruzione, le attività che si elencano di seguito sono in parte una specificazione di quanto già individuato legislativamente, con l'avvertenza che sono le mansioni a presentare un intrinseco rischio di fenomeni corruttivi, senza alcun riferimento alle singole persone preposte allo svolgimento quotidiano delle medesime:

attività a rischio	soggetti coinvolti
Concorsi e avvisi di selezione per il personale di ogni ruolo, a tempo determinato e indeterminato	1) Struttura: Personale; 2) Commissioni Giudicatrici e personale di supporto; 3) Strutture sanitarie e amministrative coinvolte nel procedimento; 4) Soggetti che intervengono con provvedimenti;
Procedure per l'affidamento di incarichi professionali a consulenti e collaboratori esterni	1) Strutture sanitarie e amministrative coinvolte nel processo; 2) Commissioni giudicatrici; 3) Soggetti che intervengono con provvedimenti;
Gestione del rapporto di lavoro del personale (attestazione presenze, compensi accessori, valutazione)	1) Struttura: Personale; 2) Strutture sanitarie e amministrative coinvolte nel processo; 3) Soggetti che intervengono con provvedimenti;
Scelta del contraente nell'affidamento di lavori, servizi e forniture ai sensi del D. L.vo n. 163/2006 e D.P.R. n. 207/2010	1) Strutture amministrative e sanitarie coinvolte nel procedimento 2) Commissioni giudicatrici, seggi di gara, etc. 3) Soggetti che intervengono con provvedimenti
Progettazione, direzione e collaudo lavori o attestazione di conformità per servizi o forniture ai sensi del D. L.vo n. 163/2006 e D.P.R. n. 207/2010	1) Strutture amministrative e sanitarie coinvolte nel procedimento 2) Commissioni Giudicatrici, seggi di gara etc. 3) Soggetti che intervengono con provvedimenti

Liquidazione e pagamento di lavori, servizi e forniture	1) Struttura: Economico --- Finanziario 2) Strutture sanitarie e amministrative coinvolte nel procedimento 3) Soggetti che intervengono con provvedimenti
Attività libero professione	1) Strutture sanitarie e amministrative coinvolte nei procedimenti autorizzativi e nella riscossione dei proventi 2) Soggetti che intervengono con provvedimenti
Prenotazioni di prestazioni sanitarie (ambulatoriali e di ricovero) --- liste di attesa	1) Strutture sanitarie e amministrative coinvolte nei procedimenti e nella riscossione dei ticket 2) Soggetti che intervengono con provvedimenti
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	1) Strutture - sanitarie e amministrative - coinvolte nei procedimenti 2) <u>Soggetti che intervengono con provvedimenti</u>
Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero	1) Direzione Sanitaria di Presidio 2) <u>Soggetti che intervengono con provvedimenti</u>

Nel terzo anno di vigenza del presente Piano, si continuerà, tramite il coinvolgimento dei Dirigenti delle strutture interessate, a verificare ed implementare la mappatura delle aree di attività a rischio di corruzione. Nel 2016 verrà effettuata una pianificazione delle attività di *audit* su alcuni procedimenti a rischio scelti a campione; in seguito ai risultati emersi, si provvederà alla programmazione degli eventuali trattamenti che si renderanno necessari.

8. Adempimenti di trasparenza

Ai sensi dell'art. 1, comma 15, della Legge 190/2012, la trasparenza dell'attività amministrativa «costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione» ed è un valido strumento di lotta alla corruzione, perché consente l'emersione dei fenomeni corruttivi e mantiene il giusto peso dei cittadini, singoli o associati, titolari di un potere di controllo diffuso sul corretto e imparziale svolgimento dell'azione amministrativa e sui comportamenti imparziali dei pubblici dipendenti.

Il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 così come modificato dall'attuale Decreto Lgs. n. 97/16 codifica gli obblighi di trasparenza delle pubbliche amministrazioni e le conseguenti misure volte a dare a questi obblighi una sicura effettività.

In particolare, l'articolo 10 prevede che ogni amministrazione adotti un «Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità» da aggiornare annualmente a cura del Responsabile per la Trasparenza, detto Programma integra il Piano di prevenzione della corruzione ed è riportato nella Sezione II del presente documento.

9. Codice di comportamento

L'art. 1, comma 44, della Legge n. 190/2012 ha riscritto l'art. 54 del D. L.vo n. 165/2001 allo scopo di dare al Codice di comportamento un sicuro valore giuridico. I doveri di condotta trovano la propria fonte nel Codice nazionale, emanato con il D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 e nel Codice che ogni Amministrazione deve adottare tenendo conto della disciplina dettata dal citato decreto.

La novità del codice consiste nella determinazione di doveri non più riferiti alla sola prestazione lavorativa, ma all'esercizio imparziale delle funzioni pubbliche svolte. Infatti, il funzionario pubblico, qualunque sia la sua collocazione organizzativa e indipendentemente dalle competenze e dai compiti assegnati, ha dei doveri minimi essenziali di contegno per assicurarne l'imparzialità e, nei casi di inosservanza, è sanzionato disciplinarmente.

Il Codice dell'Azienda Ospedaliera è stato approvato con provvedimento del Direttore Generale n. 776 del 11.12.2014 ed è stato pubblicato con il D.P.R. n. 62/2013 in «Amministrazione Trasparente».

La determinazione n. 12/2015, nella sezione finale riguardante le priorità e gli obiettivi della vigilanza dell'ANAC, ritiene necessaria da parte di ciascuna amministrazione, una revisione del proprio Codice. A tal fine l'Azienda programma il lavoro di revisione del Codice di comportamento da concludersi entro la fine del 2017.

10. Contratti pubblici

L'aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla determinazione ANAC n. 12/2015 dedica una intera parte speciale di approfondimento sull'area di rischio «contratti pubblici di lavori, servizi e forniture» per la predisposizione e la gestione delle misure di prevenzione della corruzione.

Al fine di arginare il rischio di infiltrazioni malavitose in settori particolarmente appetibili come i lavori, le forniture e i servizi alle PP. AA., il legislatore ha adottato la Legge 13 agosto 2010, n. 136 che ha introdotto misure di contrasto alla criminalità organizzata come:

- l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari in capo agli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti, attraverso l'utilizzo di conti correnti bancari o postali dedicati all'esecuzione dei contratti;
- l'inserimento del codice identificativo di gara (CIGISmart CIG) rilasciato dall'ANAC, utile ai fini del monitoraggio dei flussi di spesa.

Queste disposizioni sono pienamente applicate nell'ambito dei contratti sottoscritti dall'Azienda Ospedaliera.

La Legge n. 190/2012, all'art. 1, comma 15, rafforza il valore della trasparenza nell'esercizio dell'attività amministrativa individuando, tra gli altri, i seguenti obblighi pubblicitari sui siti web istituzionali.

- con riferimento ai procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, la stazione appaltante è tenuta a pubblicare nel proprio sito web istituzionale:

- 1) la struttura proponente;
- 2) l'oggetto del bando;
- 3) l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte;
- 4) l'aggiudicatario;
- 5) l'importo di aggiudicazione;
- 6) i tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura;
- 7) l'importo delle somme liquidate.

Entro il 31 gennaio di ogni anno, tali informazioni, relativamente all'anno precedente, sono pubblicate in tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale *standard* aperto che consenta di analizzare e rielaborare, anche a fini statistici, i dati informatici. Al riguardo si rinvia alla comunicazione ANAC del 12 gennaio 2015 contenente le modalità operative per adempiere agli obblighi previsti dall'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012.

Oltre alla citata determinazione n. 12 del 28/10/2015 di aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione, nel corso del 2015 sono state emanati i sottoelencati provvedimenti dell'ANAC in materia:

- Determinazione n. 13 del 10/12/2015: Indicazioni interpretative concernenti le modifiche apportate alla disciplina dell'arbitrato nei contratti pubblici dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, recante disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;
- Determinazione n. 10 del 23/09/2015: Linee guida per l'affidamento delle concessioni di lavori pubblici e di servizi ai sensi dell'articolo 153 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163;
- Determinazione n. 9 del 22/07/2015: Linee guida per l'affidamento del servizio di vigilanza privata;
- Determinazione n. 7 del 28/04/2015: Linee guida per l'affidamento dei servizi di manutenzione degli immobili;
- Determinazione n. 5 del 08/04/2015: Effetti della domanda di concordato preventivo ex art. 161, comma 6, del Regio Decreto 16 marzo 1942, n. 267 e ss.mm.ii. (c.d. concordato "in bianco") sulla disciplina degli appalti pubblici;
- Determinazione n. 4 del 25/02/2015: Linee guida per l'affidamento dei servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria;

- Determinazione n. 3 del 25/02/2015: Rapporto tra stazione unica appaltante e soggetto aggregatore (centrale unica di committenza) — Prime indicazioni interpretative sugli obblighi di cui all'art. 33, comma 3-bis, d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163 e ss.mm.ii.
- Determinazione n. 1 del 08/01/2015: Criteri interpretativi in ordine alle disposizioni dell'art. 38, comma 2-bis e dell'art. 46, comma 1-ter del D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163.

10. Rotazione del personale

Il Piano Nazionale Anticorruzione, all'allegato 1, punto B.5, prevede che le pubbliche amministrazioni adottino adeguati e oggettivi criteri per la rotazione dei dirigenti e del personale con funzioni di responsabilità, compresi i responsabili del procedimento, operanti nelle aree a rischio corruzione.

Si richiama la parte generale della delibera n. 13 del 4 febbraio 2015 con la quale l'ANAC precisa che:

- la rotazione del personale, da sempre applicata come misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e come misura di efficienza dell'organizzazione degli uffici, è prevista in modo espresso dalla Legge n. 190 del 2012 come misura anticorruzione (art. 1, comma 4, lettera e); comma 5, lettera b); comma 10, lettera b);
- la rotazione è rimessa alla autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
- la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico;
- la rotazione incontra dei limiti soggettivi, con particolare riguardo ai diritti individuali dei dipendenti soggetti alla misura e ai diritti sindacali. Le misure di rotazione devono contemperare le esigenze di tutela oggettiva dell'amministrazione (il suo prestigio, la sua imparzialità, la sua funzionalità) con tali diritti;
- sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle Organizzazioni Sindacali. Tale informazione consente alle organizzazioni sindacali di presentare proprie osservazioni e proposte, ma non apre alcuna fase di negoziazione in materia;

- i criteri di rotazione devono essere previsti nei PTPC e nei successivi atti attuativi e i provvedimenti di trasferimento devono essere adeguatamente motivati.

Si ricorda, inoltre, che, come previsto dall'intesa in sede di Conferenza Unificata del 24 luglio 2013, occorre che l'Azienda adegui il proprio ordinamento alle ipotesi di cui all'art. 16, comma 1, lett. l - *quater*), del D. L.vo n. 165/2001, con la previsione della cosiddetta «tutela anticipata», consistente nel disporre, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Con la citata determina n. 13/2015, l'ANAC, pur essendosi già espressa con pareri su specifici casi di rotazione del personale, si riserva di adottare proprie Linee guida, al fine di orientare le pubbliche amministrazioni nelle loro scelte in materia di rotazione del personale.

Nel caso specifico dell'Azienda Ospedaliera S.G. Moscati, che deve assicurare prestazioni sanitarie di alta specializzazione con dotazioni di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate e innovative, diventa complesso applicare il citato istituto della rotazione degli incarichi senza compromettere la funzionalità e l'efficienza della gestione ordinaria delle attività sanitarie e tecnico-amministrative.

A seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale con delibera n. 431 del 30/09/2016 è stato immediatamente applicato l'istituto della rotazione nell'aree a rischio Unità Operativa Acquisizione Beni e servizi e Unità Operativa Gare comunitarie e contratti e , nel corso dell'anno 2017, sarà adottato il Regolamento della Rotazione del personale dipendente dell'Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino.

12. Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

L'articolo *6-bis* della Legge 241/1990, introdotto dall'art. 1, comma 41, della L. n. 190/2012, dispone che il responsabile del procedimento e i titolari delle strutture competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale. La norma trova applicazione, in particolare, ai soggetti preposti al reclutamento del personale o alla scelta del contraente (*come il bando e capitolato o la scheda tecnica delle specifiche prestazionali*) comprese le valutazioni, (*ad esempio la conformità dei prodotti ai requisiti tecnici minimi ovvero la congruità dell'offerta*) e gli atti endoprocedimentali (*aggiudicazione provvisoria*) e il provvedimento finale (*aggiudicazione definitiva*).

La Legge Anticorruzione, all'art. 1, comma 46, ha inserito nel Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, il seguente art. 35-bis in merito alla prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici:

1. coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo 11 del libro secondo del codice penale:

a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

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

c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

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

Per attuare quanto sopra, occorre anche far riferimento all'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013 che contiene una caratterizzazione dei rapporti personali o professionali che possono dar luogo a conflitto di interesse.

«il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possono 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 esistono gravi ragioni di convenienza».

L'Azienda Ospedaliera, per i componenti di commissioni di concorso o di appalto, oppure di seggi di gara, per incarichi extraistituzionali, affidati alla classe medica, ha predisposto appositi moduli per la dichiarazione dell'assenza di incompatibilità, conflitti di interessi o comunque di situazioni di obbligo di astensione dal partecipare alle procedure di concorso o di affidamento di appalti o ad attività extraistituzionali quali docenze, relazioni ai convegni ecc. ecc..

13. Inconferibilità e incompatibilità per incarichi di organi di vertice.

In attuazione dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190/2012, il Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, contiene disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni.

La Legge Anticorruzione ha scelto come principio cardine della presente materia quello della garanzia dell'imparzialità degli organi amministrativi.

Con l'introduzione del principio di distinzione tra le competenze degli organi di indirizzo politico e dei predetti organi amministrativi, è su questi ultimi che ricade la responsabilità principale per l'adozione degli atti amministrativi di gestione.

L'imparzialità deve anche essere garantita in termini di incompatibilità, per cui chi viene individuato per il conferimento dell'incarico ha l'obbligo di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

Anche in questo caso si richiama il citato D. L.vo n. 39/2012 il cui art. 14 riguarda specificatamente le aziende sanitarie.

In ordine all'interpretazione e all'applicazione del Decreto Legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha emanato la delibera n. 149 del 22.12.2014, che ha sostituito interamente la precedente delibera n. 58 del 15 luglio 2013, in cui si ritiene che:

il D. L.vo n. 39/2013 è applicabile a tutte le strutture del servizio sanitario che erogano attività assistenziali volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo, aziende ospedaliere incluse;

le ipotesi di inconfiribilità e di incompatibilità di incarichi presso le aziende sanitarie devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 06.11.2012, n. 190, e dagli articoli 5, 8, 10 e 14 del citato D. L.vo n. 39/2013.

14. Incarichi dirigenziali e di posizioni organizzative

Come rappresentato al precedente paragrafo, il **D. Lvo n. 39/2013** si occupa esclusivamente delle inconfiribilità e delle incompatibilità degli incarichi di vertice (direttori generale, sanitario e amministrativo), con riferimento ai quali la Legge 07.08.2015, n. 124, all'art. 11, comma 1, lett. p), disciplina le procedure e i requisiti per il loro conferimento.

Per quanto riguarda gli incarichi dirigenziali come quelli di dipartimento, struttura complessa o semplice, il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera, nell'anno 2017 adoterà un disciplinare per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medica e veterinaria e per la dirigenza sanitaria.

Infine l'Azienda con delibera n.635 del 19/12/2016 ha adottato il Regolamento della Gestione degli obiettivi e negoziazione del budget –collegamento con il sistema premiante.

15. Incarichi extra-istituzionali

La disciplina relativa all'autorizzazione degli incarichi estranei ai compiti d'ufficio è stata profondamente modificata dalla Legge Anticorruzione per scongiurare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale nel caso di conferimento di incarichi d'ufficio e per evitare situazioni di conflitto di interesse nel caso di svolgimento di incarichi extra-istituzionali.

Il nuovo testo dell'art. 53 del D. L.vo n. 165/2001 prevede che siano direttamente individuati con regolamento del Governo gli incarichi comunque vietati. Le amministrazioni sono poi tenute ad adottare l'atto contenente i criteri oggettivi e predeterminati per il conferimento o l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi che non siano espressamente preclusi e sono, comunque, tenute ad accertare, all'atto dell'autorizzazione dell'incarico extrafunzionale, l'assenza di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale.'

11 comma 5 del citato art. 53 dispone che <<il conferimento operato direttamente dell'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengono da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgono attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente>>.

In sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, l'amministrazione deve valutare tutti i profili di conflitto di interesse, ma deve anche tenere presente che detti incarichi costituiscono per il dipendente un'opportunità di arricchimento professionale con potenziali ricadute positive nell'attività lavorativa ordinaria.

L'Azienda Ospedaliera per gli incarichi extraistituzionali, ex art. 53 citato, affidati alla classe medica, ha predisposto un Regolamento e una modulistica per la dichiarazione dell'assenza di incompatibilità, conflitti di interessi o comunque di situazioni di obbligo di astensione dal partecipare alle procedure di concorso o di affidamento di appalti o ad attività extraistituzionali quali docenze, relazioni ai convegni ecc..

Un'interessante *check list* di verifiche da compiere per valutare se concedere o meno l'autorizzazione al dipendente pubblico allo svolgimento di attività, saltuarie e occasionali, a favore di altri enti o di soggetti privati, è contenuta in un orientamento ANAC, che, oltre a riassumere le regole per l'affidamento di incarichi extraistituzionali, contiene un vero e proprio percorso operativo che esula dagli aspetti economici, per concentrarsi su un'analisi di opportunità o di impegno lavorativo.

Ecco gli elementi su cui dovrebbe basarsi l'autorizzazione, anche attraverso le informazioni da acquisire dal terzo soggetto presso il quale l'incarico verrà espletato:

- a) se l'espletamento dell'incarico possa ingenerare, anche in via solo ipotetica o potenziale, situazione di conflittualità con gli interessi facenti capo all'amministrazione e, quindi, con le funzioni assegnate sia al singolo dipendente che alla struttura di appartenenza;
- b) la compatibilità del nuovo impegno con i carichi di lavoro del dipendente e della struttura di appartenenza (che dovrà comunque non solo essere svolto fuori dall'orario di lavoro, ma pure compatibilmente con le esigenze di servizio), nonché con le mansioni e posizioni di responsabilità attribuite al dipendente, interpellando eventualmente a tal fine il responsabile della struttura di appartenenza, che dovrà esprimere il proprio parere o assenso circa la concessione dell'autorizzazione richiesta;
- c) l'occasionalità o saltuarietà, ovvero non prevalenza della prestazione sull'impegno derivante dall'orario di lavoro ovvero l'impegno complessivo previsto dallo specifico rapporto di lavoro, con riferimento ad un periodo determinato;
- d) la materiale compatibilità dello specifico incarico con il rapporto di impiego, tenuto conto del fatto che taluni incarichi retribuiti sono caratterizzati da una particolare intensità di impegno;

- e) specificità attinenti alla posizione del dipendente stesso (incarichi già autorizzati in precedenza, assenza di procedimenti disciplinari recenti o note di demerito in relazione all'insufficiente rendimento, livello culturale e professionale del dipendente);
- f) corrispondenza fra il livello di professionalità posseduto dal dipendente e la natura dell'incarico esterno a lui affidato.

E' previsto un sistema di comunicazione al Dipartimento per la Funzione Pubblica degli incarichi sul sito www.perlapa.gov.it nella sezione relativa all'anagrafe delle prestazioni.

L'art. 53, comma 7, del D. L. vo n. 165/2001, prevede che, in caso di inosservanza del divieto sopradescritto, *«salve le più gravi sanzioni e ferma restando la responsabilità disciplinare, il compenso dovuto per le prestazioni eventualmente svolte deve essere versato, a cura dell'erogante o, in difetto, del percettore, nel conto dell'entrata del bilancio dell'amministrazione di appartenenza del dipendente per essere destinato ad incremento del fondo di produttività o di fondi equivalenti»>>.*

I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto sopra previsto sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti, di contrattare con gli enti pubblici per i successivi tre anni, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

Con nota del R.P.C., prot. n.1708 del 3/4/2014 e successiva del 10/12/2015, indirizzata ai Responsabili delle UU.OO. interessate, si invitavano le SS.LL. ad inserire nei contratti di beni, servizi e forniture la seguente clausola: *<<L'Appaltatore dichiara, ai sensi dell'articolo 53 — comma 16-ter — del decreto legislativo 30 marzo 2001 s.m.i., n. 165, di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi a ex dipendenti dell'Azienda Ospedaliera "S. Giuseppe Moscati" di Avellino che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda Ospedaliera stessa nei confronti dell'appaltatore, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego. L'Appaltatore dichiara di essere a conoscenza che in caso di accertamento della violazione del suddetto obbligo dovrà restituire i compensi eventualmente percepiti e non potrà contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni>>.*

Infine l'Azienda con delibera n.635 del 19/12/2016 ha adottato il Regolamento della Gestione degli obiettivi e negoziazione del budget —collegamento con il sistema premiante.

16 La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti

Tra le previsioni della Legge Anticorruzione, è di particolare interesse la tutela dedicata al *whistleblower*, cioè al dipendente che segnala un illecito al dichiarato scopo di favorire l'emersione di fenomeni corruttivi.

Per "*whistleblowing*" s'intende la rivelazione spontanea, effettuata da parte di un appartenente ad un'organizzazione, di un illecito o di un'irregolarità commessa all'interno dell'ente, del quale lo stesso sia stato testimone nell'esercizio delle proprie funzioni.

L'ANAC con la determinazione n. 6 del 28 aprile 2015 ha emanato le linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

Tenuto conto della rilevanza e della delicatezza dell'argomento, si procederà nell'anno 2017 a procedere all'adozione di quanto previsto dall'Anac.

17. Disposizioni finali

- a) Il presente Piano della prevenzione della corruzione è destinato a tutto il personale dipendente dell'Azienda Ospedaliera.
- b) La violazione delle misure di prevenzione previste, costituisce illecito disciplinare, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della Legge 190/2012, fatta salva ogni eventuale rilevanza delle condotte ai fini penali e civili.
- e) Il Piano, a seguito dell'adozione da parte del Direttore Generale, è pubblicizzato sul sito internet ed intranet dell'Azienda Ospedaliera, nonché mediante segnalazione via mail a ciascun dipendente e collaboratore, anche in occasione della prima assunzione in servizio (punto 3.1.1. P.N.A.).
- d) Per quanto non specificato nel presente Piano, si rinvia alla Legge n. 190/2012, ai decreti attuativi e al Piano Nazionale Anticorruzione approvato con deliberazione dell'ANAC n. 72/2013 e all'aggiornamento di cui alla determinazione ANAC n. 12/2015.

Segue: Tabella n. 1- Elenco delle misure di contrasto alla corruzione 2017 tabella n. 1
ELENCO DELLE MISURE DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE - 2017

La rendicontazione sulle misure deve essere trasmessa, a cura del Direttore/Responsabile di ciascuna struttura coinvolta, all'Ufficio Trasparenza entro l'11 novembre 2017 (e-mail: armaruotto4659@aosgmoscati.av.it; telefono: 0825/203633).

Aree di rischio	Misure	Strutture coinvolte
Contratti pubblici	Programmazione acquisti di beni e servizi ai sensi della legge di stabilità 2017	Provveditorato, Economato, Tecnico, Patrimonio Sistema Informativo Aziendale, Ingegneria Clinica,
	Pubblicazione, sul sito Internet dei provvedimenti dei contratti prorogati o affidati in via d'urgenza.	Economato, Tecnico, SIA, Ingegneria Clinica, Patrimonio; Direzione Sanitaria di Presidio
	Comunicazione tempestiva al Responsabile anticorruzione, di proroghe contrattuali e affidamenti d'urgenza di importo superiore a 150.000,00 Euro	Acquisti, Economato, Tecnico, SIA, Ingegneria Clinica, Patrimonio; Direzione Sanitaria di Presidio
	Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara.	Tecnico Patrimonio Provveditorato
	Indicazione nella delibera/determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare.	Acquisti, Economato, Tecnico, SIA, Ingegneria Clinica, Patrimonio; Direzione Sanitaria di Presidio
	Introduzione del criterio tendenziale, nel caso di affidamento mediante cottimo fiduciario, di consultazione di almeno 3 operatori economici anche per procedure di importo inferiore a 40.000 euro.	Acquisti, Economato, Tecnico, SIA, Ingegneria Clinica, Patrimonio; Direzione Sanitaria di Presidio
	Accessibilità <i>online</i> della documentazione di gara. In caso di non accessibilità <i>online</i> , predefinita e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari.	Acquisti, Economato, Tecnico, SIA, Ingegneria Clinica, Patrimonio.
	Pubblicazione del nominativo del soggetto cui ricorrere (Direttore Amministrativo) in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara.	Acquisti, Economato, Tecnico, Ingegneria Clinica, Patrimonio.
	Pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni giudicatrici e eventuali consulenti.	Acquisti, Economato, Tecnico, Ingegneria Clinica, Patrimonio.
	Rilascio da parte dei componenti di commissione concorsi/incarichi, commissione/seggio di gara di dichiarazioni attestanti l'inesistenza di cause esclusione, di conflitto di interessi o incompatibilità	Personale, Acquisti, Economato, SIA, Ingegneria Clinica, Tecnico Patrimonio.
	Obbligo di menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e conservazione dei plichi delle offerte.	Acquisti, Economato, Tecnico, Ingegneria Clinica, .
	Pubblicazione sul sito internet della amministrazione, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva	Acquisti, Economato, Ingegneria Clinica, T. Patrimonio.

Arece di rischio	Misure	Strutture coinvolte
	Obbligo di preventiva pubblicazione <i>online</i> del calendario delle sedute pubbliche delle procedure di gara	Acquisti, Economato, Tecnico, Ingegneria Clinica, Patrimonio, Tecnico Provveditorato
	Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo	
	Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti	Tecnico
	Definizione di un adeguato flusso di comunicazioni al fine di consentire al RUP ed al RPC di avere conoscenza dell'osservanza degli adempimenti in materia di	Tecnico
	Pubblicazione di avviso per la predisposizione di elenchi aperti di professionisti per l'affidamento di servizi attinenti	Tecnico
	Completamento della procedura automatizzata per la compilazione dell'elenco annuale dei contratti	Economico-Finanziario, Ingegneria Generali, Affari clinici, Patrimonio, Direzione Sanitaria
Gestione del personale	Pubblicazione su Intranet o sul Portale del dipendente di direttive e circolari interne	Personale
	Revisione del Codice di comportamento	U.P.D.
	Revisione del meccanismo di raccolta e aggiornamento dei <i>Curricula</i> da pubblicare dopo l'attuazione dell'Atto Aziendale	/RPC R.P.C.
	Attuazione di procedure di conferimento incarico di Direttore Dipartimento/strutture complesse/semplifici	Personale,
Libera professione	Rendicontazione annuale dell'attività libera Professione dell'area Medica	Alpi
	Effettuazione di verifiche a campione del personale autorizzato a svolgere libera professione intramuraria	Personale, Servizio Ispettivo
	Informatizzazione delle procedure di prenotazione e predisposizione di quelle di accettazione anche per gli studi ambulatoriali	Sistema Informativo Aziendale
Valutazione servizi in outsourcing: Gestione camere mortuarie	Relazione sulle verifiche e gli eventuali provvedimenti adottati	Direzione Sanitaria
Valutazione servizi in outsourcing: servizio mensa e ristorazione	Costituzione di una Commissione di controllo del servizio ristorazione degenti e dipendenti	Economato Direzione Sanitaria
Valutazione servizi in outsourcing: servizi integrati accoglienza, vigilanza e sicurezza interna	Attuazione a regime di quanto previsto. Assegnazione obtv budget e definizione dei controlli "appalti dei servizi e ristorazione"	Direzione Sanitaria servizio prevenzione e Protezione, Economato
Valutazione rischi corruttivi e gestione misure preventive	Mappatura dei rischi dopo il nuovo Atto aziendale: pianificazione delle modalità di verifica	Trasparenza ed Anticorruzione
Approvvigionamento, gestione farmaci e dispositivi	Attività Commissione Farmaceutica ex delib. n. 86/2015	Farmacia

Are di rischio	Misure	Strutture coinvolte
	Rivalutazione di terapie ad alto costo, analisi utilizzi off-label	Farmacia
Gestione e verifiche sui magazzini farmaceutici	Giaccenze dei magazzini di reparto,	Farmacia
Distribuzione diretta del farmaco	Verifica del consegnato tramite controllo richiesta	Farmacia
Vigilanza farmaceutica	Continuazione attività di vigilanza sui prodotti farmaceutici con particolare attenzione a segnalazione di reazioni, ritiro di prodotti	Farmacia
Rapporti con ONLUS, associazioni, organizzazioni	Convocazione e verbalizzazione della	URP U.O. Formazione
	Coinvolgimento delle organizzazioni del Terzo settore nell'aggiornamento del PTPC e del PTTI.	Funzioni Trasparenza ed Anticorruzione
Rotazione degli incarichi	Possibilità di applicare l'istituto a seguito del nuovo Atto aziendale	Direzione Generale
Enti partecipati	Predisposizione di modalità di controllo sulle attuazioni normative previste per gli enti partecipati	Direzione Generale
Sperimentazione e ricerca	Predisposizione, diffusione e attuazione di un regolamento aziendale sull'attività di sperimentazione clinica corredata di eventuali procedure, previa costituzione di specifico gruppo di lavoro aziendale	Direzione Sanitaria
Formazione sponsorizzata	Pubblicazione regolamenti regionali/aziendali - Reportistica annuale	SIA U.O. G.R.U..

SEZIONE II

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' 2017-2019

1. Premessa

Nel perseguire la propria missione l'Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati di Avellino si propone alla collettività come insieme di persone, organizzate in funzioni e servizi, che pongono i bisogni dei cittadini al centro del proprio agire professionale, indipendentemente dal ruolo e dalla responsabilità.

L'A.O.S.G.M. di Avellino per esplicitare la propria missione:

1. ha adottato, ai sensi del nuovo D. Lgs. n.97/2016, la nuova forma di accesso civico generalizzato;
2. ha consolidato il processo di decentramento dei poteri ed in via prioritaria attraverso la Dipartimentalizzazione dei servizi e delle attività (l'Atto Aziendale nel 2017 individuerà la nuova organizzazione);
3. ha gradualmente avviato un sistema di verifica e revisione continua della tipologia, quantità e qualità delle prestazioni rese, orientato ai criteri dell'assicurazione della qualità, dell'appropriatezza e della prevenzione de rischio, classificandosi prima Azienda Ospedaliera in Italia acquisendo la certificazione di I° livello, per la Gestione del Rischio Clinico, secondo il "Modello per la gestione del rischio nelle aziende sanitarie", promosso da Federsanità ANCI, Agenas e Ministero della Salute.

L'accezione di accessibilità e quindi di trasparenza, a differenza di quella contenuta nella legge n.241/90, è intesa come accessibilità totale alle informazioni in ogni aspetto dell'organizzazione tale da consentire l'accesso da parte della collettività a tutte le informazioni "pubbliche" e si rifà alla nozione di libertà di informazione dell'Open Government, a un nuovo concetto di governance basato su modelli, strumenti e tecnologie che consentono alle amministrazioni di essere aperte e trasparenti nei confronti dei cittadini.

2. Organizzazione e funzioni dell'Azienda Ospedaliera.

L'Azienda Ospedaliera con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 1 bis, del d.lgs. n. 229/1999, ha sede amministrativa, in Avellino alla contrada Amoretta e la sua missione è di farsi carico dei bisogni di salute in fase acuta, assumendo, in relazione alle discipline di elevata specializzazione, il ruolo di Azienda di Rilievo Nazionale .

Il modello di gestione dell'Azienda è quello di una separazione della «direzione strategica» dalle «direzioni operative», collocando le funzioni di indirizzo e controllo in Strutture in staff alla

Direzione Aziendale e le altre in capo all'area organizzativo gestionale (dipartimenti e altre strutture).

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda è coerente con le indicazioni normative vigenti e si articola in:

- una Direzione aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo);
- dipartimenti strutturali o funzionali, caratterizzati da omogeneità operativa, di risorse e di tecnologie;
- strutture complesse;
- strutture semplici dipartimentali;
- strutture semplici quali articolazioni organizzative interne alle strutture complesse;
- strutture di staff a supporto diretto della Direzione Aziendale.

3. Procedimento di elaborazione e adozione del Programma

Il processo di formazione e di approvazione del Programma si articola in una serie di fasi strettamente collegate in ognuna delle quali sono identificati i soggetti con i loro ruoli e responsabilità.

In particolare alla promozione e al coordinamento del procedimento di formazione e adozione del Programma concorrono:

a) Il *Direttore Generale*, organo di vertice che:

individua il Responsabile per la Trasparenza che coincide con il Responsabile della Prevenzione della corruzione di cui all'art. 1, comma 7, della Legge n. 190/2012 (art. 43, comma 1, del D. L.vo n. 33/2013 così come modificato dal D.Lgs. n.97/16);

adotta il Piano Anticorruzione Triennale e la sezione dedicata al programma della Trasparenza e l'Integrità e i suoi aggiornamenti entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 10, comma 1, del D. L.vo n. 33/2013).

b) Il *Responsabile per la trasparenza*, individuato con deliberazione del Direttore Generale n. 30 del 13/01/2014 nella persona della dott.ssa Arcangiolina Maruotto, collaboratore amministrativo professionale a tempo indeterminato:

- predispone la sezione, nel Piano Anticorruzione, del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, promuovendo il coinvolgimento dei Responsabili delle strutture aziendali interessate, lo sottopone alla Direzione per l'approvazione dell'aggiornamento entro il 31 gennaio di ogni anno.

c) I *portatori di interesse* (c.d. *stakeholders*) sono coinvolti dall'Azienda per individuare le esigenze di trasparenza, segnalarle all'organo di vertice e tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare e nell'elaborazione delle iniziative per la trasparenza, la legalità e la promozione della cultura dell'integrità.

I principali *stakeholder* dell'Azienda Ospedaliera sono:

- i pazienti
- i dipendenti e collaboratori
- le organizzazioni sindacali
- i cittadini
- gli operatori economici
- le associazioni di volontariato, di consumatori, di utenti
- le organizzazioni di professionisti sanitari
- i centri di ricerca
- le pubbliche amministrazioni (altre aziende sanitarie, università, enti locali, ecc.)
- *i Media*.

I rapporti tra gli *stakeholder* e l'Azienda sono curati dalla Direzione Generale e, per quanto di competenza, dal Responsabile della trasparenza, dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico o da qualsiasi struttura aziendale che promuove la partecipazione degli utenti e la valutazione della qualità dei servizi resi mediante attività e strumenti diversi quali:

- l'aggiornamento e la diffusione, nonché pubblicazione nella sezione Amministrazione trasparente, della Carta dei Servizi,
- la redazione di strumenti informativi per i pazienti e gli utenti esterni,
- l'organizzazione e la diffusione di informazioni all'interno dell'Azienda al fine contribuire al miglioramento delle attività in termini di efficacia ed efficienza nonché a favorire il benessere organizzativo,
- la valutazione di qualità dei servizi erogati attraverso la gestione dei reclami e suggerimenti,
- gestione dei rapporti con i *Media* assicurando una diffusione omogenea e coerente delle informazioni e dell'immagine aziendale,
- l'organizzazione di eventi aziendali (inaugurazioni, convegni, ecc.),
- la cura della segnaletica aziendale.

4. Iniziative di comunicazione della trasparenza

Le attività di promozione e di diffusione dei contenuti del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità sono volte a favorire l'effettiva conoscenza e utilizzazione da parte di chiunque dei dati che l'Azienda pubblica attraverso:

- a) la pubblicazione nella sezione «Amministrazione Trasparente» del Programma Triennale e il suo aggiornamento annuale;
- b) le riunioni specifiche del Responsabile per la Trasparenza con le strutture aziendali al fine di esaminare e approfondire gli adempimenti introdotti dal Decreto Legislativo n. 33/2013 e dalla Legge n. 190/2012;

5. Processo di attuazione del Programma

a) *Soggetti interni all'Azienda coinvolti nella realizzazione del Programma:*

Il Responsabile per la Trasparenza svolge un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Azienda Ospedaliera degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di vertice, all'OIV, all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio competente per i provvedimenti disciplinari i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa (art. 43, comma 5).

Il Responsabile controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dall'art. 5 del D. L.vo n. 33/2013 (art. 43, comma 4).

I Dirigenti Responsabili delle UU.OO. aziendali garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (art. 43, comma 3).

In particolare, al fine di garantire il principio di trasparenza, ciascun Responsabile deve svolgere azioni continue di verifica e aggiornamento dei contenuti pubblicati nel sito, valutare l'opportunità di avviare interventi di razionalizzazione dei contenuti.

L'*Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)*, verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e quelli indicati nel Piano della *Performance in corso di adozione*.

L'O.I.V. utilizza le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione della *performance* sia organizzativa, sia individuale del

responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati (art. 44). Entro il 31 gennaio 2016 deve essere predisposta l'attestazione dell'OIV sull'effettiva pubblicazione dei dati previsti per l'anno 2015, completa della griglia di rilevazione e della scheda di sintesi da pubblicare nella sezione «Amministrazione trasparente — Disposizioni generali — Attestazioni OIV».

b) *Soggetti esterni all'Azienda Ospedaliera:*

l'Autorità Nazionale Anticorruzione, (ANAC) di cui all'art. 1, comma 1, della Legge n. 190/2012, vigila sul corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione attraverso la richiesta di informazioni al Responsabile della Trasparenza e all'O.I.V., ordina la pubblicazione dei dati omessi e segnala gli inadempimenti all'ufficio di disciplina, al vertice aziendale e alla Corte dei Conti per l'eventuale responsabilità erariale (art. 45).

L' ANAC, avendo sostituito, ai sensi dell'art. 19 del D. L. 24.06.2014 convertito nella L. 1.1.08.2014, n. 114, l'Autorità per la Vigilanza dei Contratti Pubblici di cui all'art. 6 del D. L.vo n. 163/2006 e s. m., riceve i dati e le informazioni riguardanti le procedure d'appalto, che devono essere pubblicate anche sul sito internet aziendale, per sottoporle a controllo ai fini della relazione alla Corte dei Conti (art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012 e comunicazione ANAC del 12.01.2015).

Il *Dipartimento della Funzione Pubblica*, in applicazione del citato art. 19 del D. L. n. 90/2014, convertito nella L. n. 114/2014, ha ricevuto le funzioni dell'ANAC in materia di misurazione e valutazione della performance di cui al D. L.vo n. 150/2009, mentre le funzioni in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione di cui all'art. 1, commi 4, 5 e 8, della L. n. 190/2012 e le funzioni di cui all'art. 48 del D. L.vo n. 33/2013 sono state trasferite all'ANAC.

Al fine di permettere a tutti i soggetti e alle strutture aziendali destinatarie degli obblighi di pubblicazione in «Amministrazione Trasparente», sia dal punto di vista della redazione di atti e documenti che del controllo dell'esattezza e dell'aggiornamento dei contenuti pubblicati, si rinvia alla allegata tabella 2 riassuntiva di detti obblighi, estratta dall'allegato 1 alla delibera ANAC n. 50/2013.

6. Accesso civico

Il nuovo istituto dell'accesso civico, come delineato dal D.Lgs. 97/2016 (FOIA) rappresenta una decisa implementazione dell'accesso di cui all'art. 5 , comma 1 del decreto n.33/2013. In proposito l'Anac con le Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti del nuovo accesso civico (semplice e "generalizzato") ha precisato che, pur accomunati dalla

possibilità di essere attivati da “chiunque”, indipendentemente dalla titolarità di un interesse concreto, diretto e attuale, l’accesso civico semplice e generalizzato si muovono su binari paralleli.

Il primo si riferisce alla pubblicazione obbligatoria di categorie di documenti specificamente individuati dalle disposizioni normative contenute nel Decreto Legislativo del 14.03.2013, n. 33, cui corrisponde il diritto di chiunque di richiedere, senza limitazioni e senza necessità di motivazione, i documenti di cui sia stata omessa la pubblicazione. Il secondo è riferito a quei documenti, informazioni, dati ulteriori rispetto a quelli già obbligo di pubblicazione ed al relativo diritto di conoscenza, ferma restando la tutela degli interessi pubblici e/o privati di cui all’art. 5 –bis, commi 1 e 2 e le esclusioni disposte dall’art. 5 –bis, comma 3, in un costante bilanciamento tra interesse pubblico ed eccezioni individuate dal legislatore che obbligano ad un’attività valutativa caso per caso. Pertanto l’Azienda ha provveduto ad adottare specifica procedura per la gestione della richiesta di accesso generalizzato.

La diffusione dovrà coinvolgere tutte le strutture aziendali interessate che formano o detengono stabilmente dati, documenti, informazioni.

Inoltre, dal momento che le stesse Linee guida ANAC formulano indicazioni per una regolamentazione comprensiva anche dell’accesso agli atti (o accesso documentale di cui alla L.241/90) e per l’istituzione di un “registro” unico delle richieste di accesso, nell’anno 2017 sarà adottato il regolamento unico.

La qualità delle informazioni, dati aperti e riutilizzo

L’Azienda Ospedaliera deve garantire la qualità delle informazioni riportate nel sito istituzionale e, a tal fine, è stato indicato come livello di garanzia dall’art. 6 del D. L.vo n.33/2013, il rispetto degli obblighi di comunicazione previsti dalla legge con i seguenti elementi distintivi:

- integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività,
- semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità,
- conformità ai documenti originali in possesso dell’ amministrazione, indicazione della loro provenienza,
- utilizzabilità secondo quanto previsto dall’ art. 7 del D. L.vo n. 33/2013 e precisamente:
 - tutti i documenti oggetto di pubblicazione sono pubblicati in formato di tipo «aperto» ai sensi dell’art. 68 del D. L.vo n. 82/2005 che precisa:

a) formato dei dati di tipo aperto: un formato di dati reso pubblico, documentato esaurientemente e neutro rispetto agli strumenti tecnologici necessari per la fruizione dei dati stessi;

b) dati di tipo aperto: i dati che presentano le seguenti caratteristiche:

- a. *sono disponibili secondo i termini di una licenza che ne permetta l’utilizzo da parte di chiunque, anche per finalità commerciali, in formato disaggregato;*

b. sono accessibili attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ivi comprese le reti telematiche pubbliche e private, in formati aperti ai sensi della lettera a), sono adatti all'utilizzo automatico da parte di programmi per elaboratori e sono provvisti dei relativi metadati;

c. sono resi disponibili gratuitamente attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ivi comprese le reti telematiche pubbliche e private, oppure sono resi disponibili ai costi marginali sostenuti per la loro riproduzione e divulgazione;

- i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria sono riutilizzabili ai sensi del D. L.vo n. 36/2006, del D. L.vo n. 82/2005 e del D. L.vo n. 196/2003, senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

In particolare, la delibera del Garante Privacy n. 243 del 15.05.2014 precisa che i dati personali pubblicati sono riutilizzabili solo alle condizioni previste dalla normativa vigente sul riuso dei dati pubblici (direttiva comunitaria 2003/98/CE e D.lgs 36/2006), in termini compatibili con gli scopi per i quali sono stati raccolti e registrati e nel rispetto della materia di protezione dei dati personali.

8. La trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale

L'art. 41 del D. L.vo n. 33/2013 stabilisce che le amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale sono tenute all'adempimento di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. Le aziende sanitarie pubblicano tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo, nonché, degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, gli atti di conferimento.

Alla dirigenza sanitaria, fatta eccezione per i responsabili di strutture semplici, si applicano gli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 15 del medesimo decreto che, in sintesi, dispone:

le pubbliche amministrazioni pubblicano e aggiornano le seguenti informazioni relative ai titolari di incarichi amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, nonché di collaborazione o consulenza:

a) *gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico;*

b) *il curriculum vitae;*

c) *i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali.*

Il comma 3 del citato art. 41 precisa che per «attività professionali» si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario;

d) i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato.

La pubblicazione degli estremi degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti estranei alla pubblica amministrazione, di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo per i quali è previsto un compenso, completi di indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato, nonché la comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica dei relativi dati, sono condizioni per l'acquisizione dell'efficacia dell'atto e per la liquidazione dei relativi compensi. Le amministrazioni pubblicano e mantengono aggiornati sui rispettivi siti istituzionali gli elenchi dei propri consulenti indicando l'oggetto, la durata e il compenso dell'incarico.

In caso di omessa pubblicazione, il pagamento del corrispettivo determina la responsabilità del dirigente che l'ha disposto, accertata all'esito del procedimento disciplinare, e comporta il pagamento di una sanzione pari alla somma corrisposta, fatto salvo il risarcimento del danno del destinatario ove ricorrano le condizioni di cui all'art. 30 del decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104.

Le pubbliche amministrazioni pubblicano e mantengono aggiornato l'elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, di cui all'art. 1, commi 39 e 40, della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Infine, il comma 6 del citato art. 41, dispone che devono essere indicati nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

9. Conseguenze della violazione degli obblighi di trasparenza

Ai sensi dell'art. 46 del D. L.vo n. 33/2013, l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione o la mancata predisposizione del Programma triennale:

- a) costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale;
- b) sono eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'Amministrazione;
- c) sono valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla *performance* individuali dei responsabili.

Le tipologie di responsabilità che ricorrono in caso di violazione di obblighi relativi alla trasparenza sono, dunque, quella *disciplinare*, quella *dirigenziale* e quella *per danno all'immagine* dell'Azienda Ospedaliera.

La responsabilità disciplinare è normata dall'art. 55 del D. L.vo n. 165/2001 e rappresenta una responsabilità aggiuntiva rispetto a quella civile, penale e amministrativa-contabile. In questo tipo di responsabilità incorre il dipendente pubblico che viola gli obblighi che derivano dagli obblighi di lavoro. Le

infrazioni e le relative sanzioni sono definite dai contratti collettivi e il citato art. 55 disciplina il procedimento per la relativa irrogazione.

La responsabilità dirigenziale è disciplinata, in via generale, dall'art. 21 del D. L.vo n. 165/2001 e si verifica nel caso del mancato raggiungimento degli obiettivi, accertato attraverso il sistema di valutazione (*performance*), «in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni» nonché in caso di inosservanza di direttive imputabili al dirigente.

Va ricordato inoltre il nuovo profilo di responsabilità per il dirigente introdotto dall'art. 1, comma 33, della Legge n. 190/2012, per il caso di mancata o incompleta pubblicazione nel sito web delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi.

L'art. 43, comma 5, del D. L.vo n. 33/2013 prevede che, in relazione alla loro gravità, il Responsabile per la Trasparenza segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'Ufficio di Disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il responsabile segnala altresì gli inadempimenti alla Direzione aziendale e all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità. Il Responsabile per Trasparenza, infine, ai sensi del secondo comma del citato art. 46, non risponde degli inadempimenti se prova che ciò è dipeso da causa non imputabile alla sua persona.

10. Ulteriori disposizioni

- a) Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, a seguito dell'adozione da parte del Direttore Generale, è pubblicato sul sito internet dell'Azienda Ospedaliera nella sezione «Amministrazione Trasparente» ai sensi dell'art. 10, comma 8, del D. L.vo n. 33/2013;
- b) tutte le controversie relative agli obblighi di trasparenza, compresa la tutela del diritto di accesso civico, sono disciplinate dal Codice del processo amministrativo di cui al Decreto Legislativo n. 104/2010;
- c) per quanto non specificato nel presente Programma, si rinvia alla Legge n. 190/2012 e al Decreto Legislativo n. 33/2013 e s. m.

11. Trasparenza e protezione dei dati personali

Ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera b), del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, (Codice Privacy), «dato personale» è qualunque informazione idonea a identificare, anche indirettamente, una «persona fisica», ivi compreso un numero di identificazione personale.

L'articolo 1, comma 2, del D. L. vo n. 33/2013, dispone che la trasparenza deve rispettare, tra l'altro, le disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

Nel caso in cui la pubblicazione *online* di dati, informazioni e documenti, comporti un trattamento di dati personali, devono essere temperate le esigenze di pubblicità e trasparenza con i diritti e le libertà fondamentali, nonché la dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali (art. 2 del Codice Privacy).

In applicazione del principio di pertinenza e non eccedenza (per i dati comuni) e del principio di indispensabilità (per i dati sensibili e giudiziari), occorre:

- selezionare i dati personali da inserire negli atti e documenti oggetto di pubblicazione;
- verificare, caso per caso, se ricorrono i presupposti per l'oscuramento di determinate informazioni; - sottrarre dall'indicizzazione i dati sensibili e giudiziari.

Ai sensi dell'articolo 22, c. 8, del Codice Privacy, «i dati idonei a rivelare lo stato di salute non possono essere diffusi».

E' dunque sempre vietato diffondere informazione da cui si possa desumere, anche indirettamente, lo stato di malattia o l'esistenza di patologie delle persone, incluse le condizioni di invalidità, disabilità o handicap fisici e/o psichici. E' vietato, altresì, diffondere dati idonei a rivelare la vita sessuale quando la pubblicazione è effettuata per finalità di trasparenza (art. 4, comma 6, del D. L.vo n. 33/2013).

L'eventuale pubblicazione di dati, informazioni e documenti che non si ha l'obbligo di pubblicare, è legittima solo «procedendo alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti» (art. 4, comma 3, del D. L.vo n. 33/2013).

Tabella n. 2

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

<i>Denominazione Macrofamiglie</i>	<i>Denominazione Tipologie di dati</i>	<i>Riferimento normativo</i>	<i>Denominazione del singolo obbligo</i>	<i>Contenuti dell'obbligo</i>	<i>Aggiornamento</i>	<i>Struttura di riferimento</i>
Disposizioni generali	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e relativo stato di attuazione (art. 10, cc. 1, 2, 3, d.lgs. 33/2013)	Annuale (art. 10, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) entro il 31 gennaio	Responsabile Trasparenza
	Attestazioni OIV o struttura analoga	Art. 14, c. 4, lett. g), d.lgs. n. 150/2009	Attestazioni OIV o struttura analoga	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale entro il 31 gennaio	OIV
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Verifica annuale Link a Normattiva	Affari Generali-Legale
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche	Tempestivo Verifica annuale	Affari Generali-Legale
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo Verifica annuale	Affari Generali-Legale
		Art. 53, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo Verifica annuale	Personale
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato	Tempestivo Non applicabile	-
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni	Tempestivo (DPCM 8.11.2013) Non applicabile	-
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Tempestivo Non applicabile	-
		Art. 37, c. 3-	Attività	Elenco delle attività delle imprese	Tempestivo	-

Denominazione Macrofamiglie	Denominazione Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura di riferimento	
		bis, d.l. n. 69/2013	soggette a controllo	soggette a controllo	Non applicabile		
Organizzazione	Organi di indirizzo politico-amministrativo	Art. 13, c. 1, lett. a), art. 14 c. 1 lett. a), b), c), d), e) d.lgs. n. 33/2013	Organi di indirizzo politico-amministrativo	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze.	Tempestivo Non applicabile		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Provvedimenti di erogazione delle sanzioni amministrative pecuniarie a carico del responsabile della mancata comunicazione	Tempestivo Non applicabile		
	Articolazione e degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Articolazione degli uffici	Articolazione degli uffici	Tempestivo	Affari Generali-Legale
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo	Affari Generali-Legale
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Competenze e risorse a disposizione di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale	Competenze e risorse a disposizione di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale	Competenze e risorse a disposizione di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale	Tempestivo	Strutture varie
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo	Personale
Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo	Affari Generali-Legale	
Consulenti e collaboratori	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) per i quali è previsto un compenso	Tempestivo Dato semestrale	Affari Generali-Legale, Personale	
	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo Verifica annuale	Affari Generali-Legale, Personale	

Denominazione Macrofamiglie	Denominazione Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura di riferimento
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo Dato annuale	Affari Generali- Legale, Personale
		Art. 15, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo Dato annuale	Affari Generali- Legale, Personale
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo Aggiornam. semestrale	Affari Generali- Legale
		Art. 53, e. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Personale Servizio Ispettivo
	Incarichi amministrati vi di vertice (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrati vo)	Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	SSN - Bandi e avvisi	Bandi e avvisi di selezione	Tempestivo	Affari Generali <u>Personale</u>
Personale		Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	SSN - Procedure selettive	Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo	Tempestivo	Affari Generali Personale
Personale	Incarichi amministrati vi di vertice (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrati vo)	Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	SSN- Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo	Affari Generali Personale
				Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime <u>di diritto pubblico</u>)	Tempestivo	Affari Generali Personale

