

REGIONE SICILIA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE



***PIANO TRIENNALE
PER LA PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA***

2021-2023

ai sensi dell'art.1, comma 8, della L.n.190/2012

ai sensi dell'art.10, comma 1, del D.lgs. n.33/2013, come novellato dal D.lgs.97/16

A) PREMESSA

La legge 6.11.2012, n. 190 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione”*, succ. modificata anche con il d.lgs. 97/2016 si prefigge la finalità di fronteggiare il fenomeno della corruzione affiancando allo strumento della repressione con le evidenti implicazioni di carattere penale, misure preventive tese ad evitare le condotte corruttive.

Le Pubbliche Amministrazioni hanno l’obbligo di nominare il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ed approvare il Piano aziendale integrato della Prevenzione Anticorruzione e della Trasparenza.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza aziendale è predisposto, di norma, entro il 31 gennaio 2020 ai sensi dell’art. 1 , comma 8, legge n. 190/2012 in conformità al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 approvato con delibera ANAC 1064/2019 e, per la Sezione Trasparenza, al D.lgs. n. 33/2013 come modificato dal D. lgs. 97/2016 e alla delibera ANAC n. 831/2016. La scadenza del 31 gennaio 2021 prevista per l’approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2021/2023 è stata prorogata al 31 marzo 2021 giusta comunicazione ANAC del 7.12.2020, tenuto conto dell’emergenza sanitaria da Covid-19.

Esso disciplina, in evoluzione rispetto al precedente Piano aziendale, l’insieme degli interventi organizzativi dell’Azienda in funzione dell’attuale contesto normativo ambientale e in esito al monitoraggio delle misure adottate ed alla analisi delle criticità evidenziate.

B) CONTESTO NORMATIVO

La normativa di riferimento è contenuta nelle seguenti disposizioni legislative

- Legge 6 novembre 2012, n.190 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*;
- D.lgs. 8 aprile 2013, n°39: *“Disposizione 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, della legge 190/2012”*;
- D.lgs. 14 marzo 2013, n°33 *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione d’informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*;
- DPR 16 aprile 2013, n°62, *“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del D.lgs. 30 marzo 2001, n° 165”*;
- Circolare n.1 del 25/1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Linee d’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*;
- D.Lgs. 8 giugno 2001, n.231 *“Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell’art. 11 della legge 29 settembre 2000, n.300”*;
- D.P.C.M. del 16 gennaio 2013 *“Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione”*;
- Codice Penale Italiano Titolo II, capo.1 dei delitti contro la pubblica Amministrazione; - Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*;

- 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, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale"*;
- D.lgs. 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 28 giugno 2012, n. 110 *"Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione"*, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999;
- Schema di DPR recante: *"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"*;
- Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)"*, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135;
- Decreto Legge 18-10-2012 n. 179 *"Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"*. Art. 34-bis. *"Autorità nazionale anticorruzione"*;
- DL 18 ottobre 2012, n. 179, recante delle ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese;
- 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;
- D. Lgs. Del 30 giugno 2003, n.196 denominato *"Testo unico della privacy"*;
- Delibera n°58 del 15 luglio 2013, della Autorità Nazionale Anticorruzione - Commissione Indipendente per la valutazione della trasparenza e della integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), oggi Autorità Nazionale Anticorruzione per la valutazione e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni (ANAC), *"Parere sull'interpretazione del D.lgs n°39/2013 nel settore sanitario"*;
- Piano Nazionale Anticorruzione, approvato l'11 settembre 2013 dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e trasparenza delle amministrazioni Pubbliche (A.N.A.C.) secondo quanto disposta dal 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;
- Regolamento ANAC in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'art. 47 d.lgs. n.33/2013
- Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014;
- Protocollo d'Intesa tra ANAC e AGENAS
- D.Lgs 25 maggio 2016, n.97 *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n.124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*;
- Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con Delibera n.831 del 3 agosto 2016;
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 *"Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co.2 del d.lgs. n.33/2013"*;
- Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN approvate con delibera ANAC N. 358 del 29/03/2017;

- Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 *“Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell’A.N.A.C in caso di incarichi inconferibili e incompatibili”*;
- Delibera ANAC n. 840 del 10/01/2018 del 02 ottobre 2018 *avente ad oggetto: richieste di parere all’ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della prevenzione della Corruzione e della trasparenza (RPCT)*;
- Delibera ANAC n.1074 del 21 novembre 2018 *“approvazione definitiva dell’aggiornamento 2018 al PNA”*;
- Delibera ANAC n.1064 del 13 novembre 2019 *“Piano Nazionale Anticorruzione 2019”*.
- Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 *“Linee guida in materia di codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche*;

C) DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

Per corruzione *“in senso proprio”* si intendono *“i comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario - inteso in senso ampio fino a ricomprendere anche la persona incaricata di pubblico servizio – che, al fine di curare un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all’adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d’ufficio, cioè dalla cura imparziale dell’interesse pubblico affidatogli”*.

Vi rientrano i reati corruttivi previsti dal nostro ordinamento penale, cioè a dire: art.317 concussione, art. 318 corruzione impropria, art.320 corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio, art.323 abuso di ufficio, art.328 rifiuto o omissione di atti d’ufficio, art.329 corruzione propria, art.319-ter corruzione in atti giudiziari, art.319-quater induzione indebita a dare e promettere utilità, ivi compresi i reati relativi ad atti che si configurano quali *“condotte di natura corruttiva”* tra cui, secondo la delibera ANAC n. 215 del 2019, quelle indicate dall’art. 7 della legge n. 69 del 2015, che aggiunge quelli di cui agli artt. 319-bis, 321,322, 322-bis, 346-bis, 353, 353-bis del codice penale.

L’ampia nozione di *“prevenzione della corruzione”* della legge 190/2012, oltre a contemplare l’intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I del Codice Penale sposta l’attenzione anche alle situazioni, condizioni, condotte che, anche sotto forma di cattiva amministrazione, potrebbero creare terreno favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio.

Strumento di contrasto della *“cattiva amministrazione”* è costituito anche dagli obblighi di pubblicazione cui sono tenute le pubbliche amministrazioni, in applicazione alla disciplina della trasparenza ai sensi del d.lgs. n.33/2013, come modificato dal d.lgs. n.97/2016, il cui ambito è stato correlato a quello della disciplina in materia di prevenzione della corruzione.

D) OGGETTO E FINALITA’ DEL PTPCT

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza costituisce il documento di natura programmatica attraverso il quale l’Azienda, in attuazione alle disposizioni della L.190/2012, individua il grado di esposizione al rischio corruzione dell’amministrazione attraverso l’analisi del contesto operativo aziendale, sia interno che esterno, la valutazione del differenziato livello di esposizione al rischio corruzione e l’individuazione delle aree maggiormente esposte e indica, quindi, gli interventi organizzati mirati alla prevenzione del rischio (misure di prevenzione) secondo un processo in cui sono chiamati a partecipare tutti i ruoli aziendali.

Esso ha lo scopo di apprestare misure preventive idonee a presidiare il rischio corruzione anche in relazione ad ulteriori aree del contesto organizzativo dell'Ente per le quali l'analisi dei rischi evidenzia potenziali vulnerabilità delle c.d. zone scoperte, ivi comprese le aree di macro attività denominate in seno alla deliberazione dell'ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 quali aree generali di rischio (gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni, incarichi e nomine.

La predisposizione e l'emanazione del presente Piano non può essere vista, pertanto, come mero adempimento formale da compiersi entro una data scadenza temporale definita e secondo un termine di completamento finale, bensì come un processo organizzativo di carattere dinamico implicante la progettazione, l'attuazione e l'implementazione di un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione dei fenomeni corruttivi che vengono così come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato ministeriale di cui al DPCM 16 gennaio 2013. *“via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione”*, nonché all'attivazione ed implementazione degli applicativi informatici necessari ed idonei al perseguimento degli obiettivi si cui al presente piano.

Finalità precipua del Piano è il miglioramento delle misure di contrasto della corruzione già esistenti mediante un sistema coordinato di collegamento con gli altri sistemi di programmazione e di controllo interno quali Piano della Performance, Gestione Qualità, Risk Management, per integrare organicamente le disposizioni normative e le direttive ANAC anche in materia di trasparenza secondo le previsioni del d. lgs. 33/2013.

E) PROCESSO DI ADOZIONE DEL PTPCT:

Soggetti interni - Compiti e responsabilità

Di seguito le figure e i relativi ruoli che costituiscono il sistema per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza:

La Direzione Aziendale Strategica

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

Il Responsabile Anagrafe per la Stazione Appaltante – RASA

La Rete dei Referenti aziendali per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

Il Responsabile Settore Informatico

La U.O.S. Comunicazione, URP, Ufficio Stampa

La U.O.S. Formazione

I Dirigenti e i Dipendenti Aziendali

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

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)

La Direzione Strategica

La Direzione Strategica, quale organo di indirizzo politico-amministrativo, svolge un ruolo determinante nel sistema complessivo teso a valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione nella fase di formulazione delle strategie aziendali, nella nomina del RCPT e del corretto svolgimento delle sue funzioni attraverso la garanzia della disponibilità di adeguate risorse umane e digitali adeguate, nella promozione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che riguardino il personale nella sua totalità.

Un maggiore coinvolgimento degli organi di indirizzo delle amministrazioni nella formazione ed attuazione dei Piani è stato previsto dalla delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016.

In particolare alla Direzione aziendale competono le seguenti azioni in ambito di anticorruzione:

- individuare, di norma tra i Dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, assicurando che disponga di funzioni e poteri idonei allo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività (art.1, co.7, l.190/2012);
- creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole che sia di reale supporto al RPCT;
- definire gli **obiettivi strategici** in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da inserire obbligatoriamente nel PTPCT;
- adottare il PTPCT su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1, co. 7 e 8, l. 190/2012);
- promuovere la cultura della legalità e dell'etica pubblica;
- sostenere i sistemi di controllo e verifica gestionale e amministrativa;
- assicurare al sistema per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza e integrità adeguate condizioni operative e le risorse necessarie per lo svolgimento dei compiti assegnati.

La Direzione Strategica partecipa attivamente al processo di formazione del PTPCT, oltre che nella fase della individuazione degli obiettivi strategici, anche successivamente con l'approvazione della bozza del Piano ricevuta dal RPTPCT e, quindi, con l'approvazione definitiva con atto formale da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno (termine slittato, causa stato emergenziale da pandemia COVID, al 31 marzo 2021 giusta comunicazione ANAC del 7.12.2020, tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19).

Gli **obiettivi strategici**, cui si ispira il presente Piano per innalzare il livello di effettività del sistema anche attraverso la consapevolezza e la responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti, sono, tra gli altri, i seguenti:

- a) realizzazione dell'integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno;
- b) incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza tra i dipendenti;
- c) innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata.
- d) implementazione del sistema di integrazione tra il RPCT e il Servizio Informatico e della Transizione digitale per facilitare l'accesso e la lettura dei dati del sito "Amministrazione Trasparente" attraverso un collegamento delle due funzioni facilitato dalla individuazione di una unità con competenze specifiche informatiche dedicata alla cura e all'aggiornamento dei dati da pubblicare.

La Direzione Strategica è chiamata a rispondere, ai sensi dell'art. 19, co.5, lett. b) d.l. 90/2014 in caso di mancata adozione, come meglio specificato dall'art. 1, lett. g) del Regolamento del 9 settembre 2014 del PTPCT.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

La Legge 190/2012 individua con chiarezza i compiti e la responsabilità del RPCT, come aggiornati dal D. Lgs. n.97/2016. I poteri e le funzioni attribuite a tale figura dalla legge 190/2012, sono stati integrati da ulteriori interventi normativi, in particolare: il d.lgs.14 marzo 2013, n. 33, il d.lgs. 8 aprile 2013 n. 39, il D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165), il d.lgs. 30 marzo 2001, n.165 e ss.mm.ii, il d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 e la legge 179/2017. Sul ruolo e i

poteri del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), l'Autorità ha adottato la delibera n. 840 del ottobre 2018 con la quale sono state date indicazioni interpretative ed operative con particolare riferimento ai poteri di verifica, controllo e istruttori del RPCT qualora rilevi o siano segnalati casi di presunta corruzione.

La delibera si è resa necessaria per dare risposte unitarie a varie istanze di parere pervenute dagli operatori del settore e dagli stessi RPCT.

In particolare, nel suddetto documento sono state fatte considerazioni generali sui poteri di controllo e verifica del RPCT sul rispetto delle misure di prevenzione della corruzione, mentre si è rinviato alla Delibera 833/2016 per i poteri conferiti al RPCT riguardo l'accertamento delle inconferibilità ed incompatibilità di incarichi e a successivi atti regolatori per i poteri istruttori in caso di segnalazioni di whistleblower.

I poteri di vigilanza e controllo del RPCT sono stati delineati come funzionali al ruolo principale che il legislatore assegna al suddetto e cioè quello di predisporre adeguati strumenti interni all'amministrazione per contrastare l'insorgenza di fenomeni corruttivi (PTPC).

Si è precisato che tali poteri si inseriscono e vanno coordinati con quelli di altri organi di controllo interno delle amministrazioni ed enti al fine di ottimizzare, senza sovrapposizioni o duplicazioni, l'intero sistema di controlli previsti nelle amministrazioni anche al fine di contenere fenomeni di *maladministration*.

In tale quadro, si è escluso che al RPCT spetti accertare responsabilità e svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile. Semmai, dalla delibazione dei fatti segnalati, il RPCT può trarre conclusioni in ordine ad opportuni interventi sul PTPC o sulle misure di prevenzione, oppure potrà meglio individuare quale organo/ufficio interno o esterno all'amministrazione sia competente per i necessari accertamenti di responsabilità, facendo riferimento alla fattispecie specifica riscontrata o segnalata e se eventualmente non risulti mappato il processo in cui si inserisce il fatto riscontrato o segnalato ovvero, seppur mappato il processo, le misure manchino o non siano ritenute efficaci.

Sui poteri istruttori, e relativi limiti, del RPCT in caso di segnalazioni di fatti di natura corruttiva si è valutata positivamente la possibilità che il suddetto possa acquisire direttamente atti e documenti o svolgere audizioni di dipendenti nella misura in cui ciò consenta al RPCT di avere una più chiara ricostruzione dei fatti oggetto della segnalazione.

Sono stati affrontati dall'autorità anche temi più specifici sui rapporti fra RPCT di un'amministrazione vigilante e il RPCT di un ente vigilato, ritenendo che ogni RPCT è opportuno svolga le proprie funzioni in autonomia secondo le proprie responsabilità e competenze, ma non precludendo forme di leale collaborazione.

L'Autorità offre indicazioni sui criteri di scelta del RPCT, chiarisce la necessità che al RPCT sia garantita una posizione di indipendenza dall'organo di indirizzo e ribadisce il tema dei poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT all'interno della pubblica amministrazione.

Il RPCT è nominato dal Direttore Generale; egli svolge le funzioni in condizioni di autonomia e di garanzia e il relativo incarico, non di natura fiduciaria, non ha durata correlata a quella del contratto del Direttore Generale.

E' titolare del potere di predisposizione e di proposta del PTPCT all'organo di indirizzo e partecipa alla riunione dell'organo di indirizzo sia in sede di prima valutazione sia in sede di approvazione del PTPCT, per verificarne contenuti e implicazioni attuative. E' responsabile, unitamente al Direttore Generale, della mancata adozione del PTPCT e/o dell'assenza di elementi minimi dello stesso (ANAC art. 19, c.5, lett.b)

Al Responsabile per la prevenzione della corruzione spetta:

- a. elaborare la proposta di Piano della Prevenzione che deve essere adottato dal Direttore Generale entro il 31 gennaio di ogni anno e deve essere aggiornato annualmente (art. 1, comma 8 L. 190/2012)
- b. definire procedure appropriate per la selezione e formazione dei dipendenti destinati ad operare, su proposta dei direttori di Unità Operative, nelle aree esposte maggiormente alla corruzione (art. 1, comma 8 L. 190/2012);
- c. verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10 lettera a);
- d. proporre modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art.1, comma 10 lettera a);
- e. verificare, d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli Uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati corruttivi (art.1, comma 10, lettera c L. 190/2012); o lett b?
- f. individuare il personale da inserire nei percorsi formativi su temi dell'etica e della legalità (art.1, comma 10 lettera c L.190/2012);
- g. pubblicare entro il termine prescritto del 15 dicembre di ogni anno o altro termine stabilito con disposizioni ANAC sul sito "Amministrazione Trasparente" aziendale la relazione annuale recante i risultati dell'attività (art.1 comma 14 L. 190/2012), da inviare al Direttore Generale e all'OIV;
- h. riferire, su richiesta, all'organo di indirizzo politico, ovvero qualora ritenuto necessario;
- i. nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, riscontri dei fatti che possano presentare una rilevanza disciplinare deve darne tempestiva informazione al Dirigente preposto all'ufficio a cui il dipendente è assegnato o al Dirigente sovraordinato, se trattasi di Dirigente, e all'ufficio procedimenti disciplinari affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare.
- j. assicurare i compiti previsti dal d. lgs. n.39/2013 in ordine alla vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità;
- k. assicurare il rispetto delle disposizioni previste dal d. lgs n.62/2013 e dal Codice di Comportamento aziendale;
- l. segnalare al Direttore Generale e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- m. ove riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa, presentare tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, L n. 20 del 1994);
- n. ove riscontri dei fatti che rappresentano notizia di reato, presentare denuncia alla procura della repubblica o ad un ufficiale di polizia giudiziaria con le modalità previste dalla legge (art.331 c.p.p.) e deve darne tempestiva informazione all'ANAC;
- o. segnalare gli illeciti ai sensi di quanto previsto dalla disciplina sul whistleblowing, previsti nell'art.54-bis del d. lgs 165/2001;

Ai sensi di quanto previsto dalla Legge 190/2012, in caso di commissione, all'interno della amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde ai sensi dell'art. 21 del d.lgs 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine dell'Azienda, salvo che provi le seguenti circostanze:

- a) di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 dell'art. 1 della L. 190/2012 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dell'art. 1 della L. 190/2012;
- b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

Ai sensi dell'art. 1 comma 14 della L. 190/2012, in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano, il RPCT risponde ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e succ. mod., nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del piano.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, in quanto responsabile anche della Trasparenza, svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza, l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'OIV e all'ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Il RPCT controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal d. lgs. 33/2013.

Detti compiti non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo in vigilando ma anche in elidendo.

Con particolare riferimento all'ASP di Ragusa, il RPCT, individuato ai sensi dell'art.1 comma 7 della L. 190/2012 in conformità alla Circolare della Funzione Pubblica n. 1 del 2013 e alla delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 riguardante il PNA 2019, è stato nominato con delibera n. 2639 del 21.10.2019 con decorrenza dal 21.10.2019.

Il Supporto del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Ai sensi dell'art. 41 del d. lgs. n.97/2016 modificando la L. 190/2012, l'organo di indirizzo dispone "eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei" al RPCT e il PNA 2019 prevede la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in carico al RPCT in considerazione della complessità degli adempimenti di riferimento nell'ottica di una integrazione di differenti competenze multidisciplinari.

L'Atto aziendale dell'Asp di Ragusa che richiama il disposto del PNA 2019 precisa che *la funzione dell'Ufficio del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (R.P.C.T.) è aggiuntiva rispetto alla funzione e al ruolo del dirigente già ricoperti all'interno dell'organizzazione aziendale. Il R.P.C.T., è una figura di garanzia per l'Azienda e deve essere supportato da personale adeguatamente formato.* La Asp di Ragusa, nel riconoscere la rilevanza del ruolo all'interno del contesto organizzativo aziendale si propone di dotare l'ufficio di qualificato personale amministrativo e/o informatico per consentire di svolgere al meglio gli onerosi e vari adempimenti sia della prevenzione della corruzione che della trasparenza che gravano su un unico soggetto. Con la stessa deliberazione n.2639 del 21.10.2019 era stata disposta la collaborazione nell'ambito degli adempimenti di competenza del RPCT di un dirigente amministrativo a tempo determinato, non più in servizio da febbraio 2020.

I Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

La complessità dell'organizzazione aziendale ha di fatto reso necessario l'affiancamento al Responsabile della prevenzione della corruzione di una rete di Referenti, precedentemente

individuati con deliberazione n. 1735 del 14 luglio 2016 e poi con la più recente delibera n. 257 del 4 febbraio 2021 ha individuato i seguenti referenti del rischio corruttivo in quanto Responsabili delle strutture organizzative coincidenti con le principali aree di rischio , ed in particolare:

STRUTTURE

Dirigenti Responsabili

Affari Generali	Avv. Giovanni Tolomeo
Servizio Provveditorato	Dr. Pasquale Amendolagine
Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Dr. Massimo Cicero
Servizio Tecnico	Ing. Gaetano Cilia
Settore Informatico	Dr. Massimo Iacono
Prevenzione e Protezione	Dr. Giuseppe Smecca
Controllo di Gestione e SIL	Dr. Riccardo Giammanco
Area Staff - Qualità, Rischio Clinico, Accreditamento	Dr. Giovanni Ruta
Area Staff - Formazione	Dr. Guastella Salvatore
Area Staff - Comunicazione, Urp	Dr. Giuseppe Savà
Servizio Legale	Avv. Danilo Vallone
Psicologia	Dr. Vito D'Amanti
Farmacia Ospedaliera	Dr.ssa Rita Badagliacca
Farmacia Territoriale	D.ssa Sabrina Arena
Direzione Sanitaria Ragusa	Dr. Giuseppe Cappello
Direzione Sanitaria Vittoria	Dr. Giuseppe Drago
Direzione Sanitaria Modica	Dr. Pietro Bonomo
Direzione Amministrativa Ospedali Ragusa	Dr.ssa Gabriella Merlino
Direzione Amministrativa OO.RR. Vittoria-Comiso	Dott.ssa Antonina Giacalone
Direzione Amministrativa OO.RR. Modica-Scicli	Dr. Lorenzo Aprile
Distretto 1 Ragusa	Dr. Giovanni Ragusa
Distretto 2 Vittoria - Comiso	Dr. Giovanni Di Giacomo
Servizio Assistenza Sanitaria di Base	Dr.ssa Carmela La Terra
Servizio Assistenza Specialistica	Dr.ssa Carmela La Terra
Medicina Legale	Dott. Giuseppe Bonomo
Direzione dipartimento prevenzione sanità umana	Dr. Francesco Blangiardi
LSP - Laboratorio di Sanità Pubblica	Dr. Salvatore Fazzino
SPRESAL - Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	Dr. Paolo Ravalli
Sanità Animale	Dott. Giorgio Blandino
Dipendenze Patologiche	Dr. Giuseppe Mustile
Neuropsichiatria infantile	Dr. Giuseppe Morando
Psichiatria/SPDC 1 Ragusa-Vittoria	Dr. Antonio Virzi
Psichiatria/SPDC 2 Modica-Scicli	Dr. Onofrio Falletta

L'elenco di cui sopra è suscettibile di essere modificato e/o integrato in funzione di eventuali esigenze e necessità.

I referenti del rischio corruttivo hanno l'obbligo di:

- concorrere con il Responsabile della prevenzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e della illegalità;
- fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza elementi utili alla individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, fra le unità lavorative che operano nelle aree a più elevato rischio corruttivo;
- verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua funzionalità, suggerendo eventuali modifiche quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o vengano accertate rilevanti violazioni delle prescrizioni;
- monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti, nonché i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione, erogazione di vantaggi economici o di altro genere, verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti fra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e il personale dell'Amministrazione;
- trasmettere al Responsabile della prevenzione, **entro e non oltre il 30 novembre di ogni anno**, circostanziata relazione illustrativa delle attività poste in essere nell'esercizio delle proprie funzioni, con analitica descrizione dei processi e dei relativi rischi ad essi connessi, evidenziando gli interventi organizzativi realizzati al fine di assicurare il rigoroso rispetto della legge e delle disposizioni del Piano, nonché le misure adottate per procedere alla rotazione del personale e dare riscontro dell'attività formativa realizzata all'interno delle articolazioni aziendali;
- dichiarare di avere vigilato in merito alla corretta costituzione delle commissioni e all'assegnazione agli uffici, stante i divieti previsti dall'art. 1 co. 46 della L. 190/2012 per coloro che sono stati condannati anche con sentenza passata in giudicato per i reati previsti nel capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale evidenziando nella medesima relazione le criticità emerse nell'applicazione del Piano, rappresentando le modifiche da apportare allo stesso e alle misure di prevenzione applicate, nonché proporre ulteriori, al fine di realizzare una migliore azione di prevenzione. Tali osservazioni consentiranno al Responsabile della prevenzione di apportare al Piano tutte le necessarie modifiche nella fase di aggiornamento periodico dello stesso;
- procedere, compatibilmente alle esigenze organizzative, alla rotazione del personale preposto allo svolgimento di attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati corruttivi. Detta rotazione va comunque effettuata, obbligatoriamente, qualora si siano verificati episodi corruttivi che lo abbiano coinvolto.

I Referenti dovranno comunque relazionare al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ogni qual volta se ne ravvisi la necessità, offrendo massima informazione su atti e procedure che possano avere rilievo negli ambiti di riferimento e che possano richiedere azioni e iniziative di contrasto.

L'assenza di collaborazione dei singoli Referenti e il mancato inoltro della relazione annuale costituiranno elementi di responsabilità dirigenziale valutabili nell'ambito della performance organizzativa come obiettivi inseriti nella scheda di budget.

I Dirigenti Responsabili per l'area di rispettiva competenza

Le modifiche apportate dal d.lgs. n.97/2016 precisano che, in caso di ripetute violazioni del PTPC, sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, anche disciplinare, se il RPCT

provi di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano.

In particolare:

- concorrono ad individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione;
- collaborano con il RPCT e il Direttore Generale che adotta il PTPCT per definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo entro tempi chiaramente definiti;
- individuano e programmano le misure in termini di precisi obiettivi da raggiungere, da parte di ciascuno degli uffici coinvolti anche ai fini della responsabilità dirigenziale;
- partecipano a tutte le fasi di predisposizione e attuazione del PTCT promuovendo così la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti;
- prevedono meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio corruzione;
- assicurano con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del primo punto, obblighi di formazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del PTPCT;
- monitorano il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
- monitorano i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- acquisiscono le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del personale sottoposto;
- individuano eventuali specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- concorrono, con il RPCT, alla verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso qualora vengano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- concorrono alla verifica della effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- concorrono alla individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto operante nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- concorrono con il RPCT a curare la diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento di cui al DPR n. 62/2013 e del Codice di Comportamento aziendale ed il monitoraggio annuale sulla loro attuazione in raccordo con l'UPD;
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare sul sito dell'Azienda sezione "Amministrazione Trasparente" al fine del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- assicurano la regolare attuazione dell'"accesso civico generalizzato" in conformità al D. lgs. n.33/2013 e con le modalità indicate dall'Azienda.

I Direttori delle UU.OO.CC inviano all'indirizzo anticorruzione@asp.rg.it:

- **una relazione semestrale** datata e firmata riguardante il monitoraggio effettuato in merito alla attuazione ed efficacia delle misure programmate;
- segnalazioni tempestive di eventuali difformità nell'attuazione delle misure di prevenzione;

- segnalazioni tempestive di fatti rilevanti in tema di corruzione.

In caso di ripetute violazioni del PTPCT, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di aver vigilato sull'osservanza del Piano, i Direttori delle UU.OO.CC rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Tutti i Dirigenti

Tutto il personale dirigenziale svolge attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e dei Direttori delle UU.OO.CC.

In particolare:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono eventuali misure di prevenzione della corruzione;
- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti e verificano le ipotesi di violazione;
- osservano le misure contenute nel presente PTPCT.

I dipendenti e i collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Amministrazione, sono tenuti all'osservanza delle disposizioni del P.T.P.C. pena le sanzioni di cui all'art. 1 co.14 L. 190/2012.

Gli stessi sono altresì tenuti a:

- partecipare al processo di gestione del rischio, prestando la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione (art.8 Codice di Comportamento di cui al D.P.R. n. 62/13; PNA All.1, par. A.2 e par. B.12);
- osservare le misure contenute nel Piano (art.1, co.14 L.190/2012, art.8 Codice di comportamento di cui al citato D.P.R.);
- segnalare tempestivamente al Responsabile della struttura di appartenenza o al Responsabile della prevenzione le situazioni di illecito (art. 54 bis d.lgs. n. 165/2001) nonché i casi di personale conflitto di interesse (art.6 bis L.241/90 e artt. 6 e 7 del Codice di Comportamento generale);
- effettuare apposita comunicazione alle Risorse Umane di assenza di carichi pendenti per fatti connessi all'attività svolta e comunque per reati contro la Pubblica Amministrazione.

Gli obblighi di osservanza, per quanto compatibili, si estendono anche agli specializzandi e tirocinanti, nonché ai soggetti autorizzati alla frequenza volontaria o ad attività svolta a titolo gratuito.

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di comportamento, applicabili ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture aziendali in nome e per conto della stessa, sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.

L' Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Le competenze dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) sono state attribuite dall'art.14 del D. Lgs. n.150/09 come modificato e integrato dal D.L. n.90/2014 e dal D.P.R. 9 maggio 2016 n. 15 e, inoltre, dal D. Lgs. 25 maggio 2017, n.74.

L'OIV svolge un ruolo di coordinamento tra sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche Amministrazioni.

Le funzioni specifiche dell'OIV in materia di corruzione e trasparenza sono indicate dalla L-190/2012 come modificata dal D. Lgs. n.97/2016 e dal D. Lgs. n.33/2013 che si ispirano all'obiettivo di un maggior coinvolgimento dell'OIV per il rafforzamento del raccordo tra misure anticorruzione

e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance di uffici e funzionari pubblici.

La normativa punta quindi ad una più incisiva comunicazione fra l'Organismo di cui trattasi, RPCT e ANAC attraverso l'attribuzione dei seguenti specifici compiti:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- verifica che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verifica i contenuti della relazione annuale del RPCT che riporta i risultati dell'attività svolta (art.1, co. 8-bis, L. 190/2012)
- può chiedere al RCPT informazioni e documenti che ritiene necessari e può anche effettuare audizioni di dipendenti (art.1, co. 8-bis, L.190/2012);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda ai sensi dell'art.54, co.5, D. Lgs. n.165/2001;
- verifica la coerenza tra obiettivi di trasparenza e obiettivi indicati nel Piano della Performance, valutando anche l'adeguatezza degli indicatori;
- utilizza i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza a fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati (art. 44).;
- controlla l'adempimento degli obblighi di pubblicazione su segnalazione da parte del RPCT dei casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43);
promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza (art. 14, co.4, lett. g) del d. lgs.150/2009;
- garantisce all'ANAC, su esplicita richiesta di quest'ultima, tutte le informazioni in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art.1, co. 8-bis, L. 190/2012), stante che riceve dal RCPT le segnalazioni di eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione del PTPCT (art.1, co.7, L. 190/2012);
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolge i compiti connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)

L'Ufficio Procedimenti disciplinari (UPD) dell'ASP di Ragusa è stato costituito con deliberazione n. 2061 del 28.07.2017 e svolge la sua attività per il personale dipendente delle Aree Contrattuali della Dirigenza medica e veterinaria, della Dirigenza sanitaria, della Dirigenza PTA, del Comparto e per gli specialisti ambulatoriali interni veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi-chimici-psicologi).

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari in tema di prevenzione della corruzione svolge i seguenti compiti e funzioni:

- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale ed esame delle segnalazioni di violazione dello stesso, nonché raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'art. 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001;
- richiede, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni del Codice di comportamento, parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione;

- svolge un'attività di vigilanza in raccordo con il Responsabile della prevenzione, di monitoraggio come previsto dall'art. 15 del D.P.R n.62/2012.

Infine, per consentire una valutazione complessiva dei dipendenti anche sotto il profilo comportamentale, l'U.P.D. stabilisce un costante flusso informativo con il Responsabile della prevenzione della corruzione.

L'art. 1, co 9, lett.c) della L. 190/2012 dispone che tutti i soggetti coinvolti sono obbligati a informare il RCPT sia nella fase di formazione del Piano, che nelle successive fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate.

Art 5. Procedure di formazione e di adozione del piano.

La redazione del PTPC e dei suoi aggiornamenti avviene con il coinvolgimento dei soggetti aziendali che concorrono alla prevenzione dei fenomeni corruttivi.

Il PTPC ed eventuali aggiornamenti sono adottati dal Direttore Generale su proposta del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, dopo che si sono preliminarmente coinvolti l'Organismo Indipendente di Valutazione, i Referenti per la Prevenzione della Corruzione, anche quelli costituiti in appositi gruppo di lavoro, e dopo che sono state acquisite e valutate le proposte, i suggerimenti da parte degli stakeholders interni ed esterni, ed in particolare i dipendenti tutti, le OOSS, le associazioni o altri organismi rappresentativi dei cittadini ,degli enti locali e altre istituzioni pubbliche, i cittadini fruitori dei servizi aziendali tramite avviso di consultazione pubblica sul sito web aziendale.

Quanto sopra al fine di potere intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi trascurati nella fase della mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio.

Annualmente, in occasione della procedura di consultazione della bozza del PTPC, mediante la pubblicazione sul sito on-line aziendale di apposito avviso pubblico, con cui si avvia un percorso aperto alle Organizzazioni sindacali rappresentative presenti all'interno dell'Azienda Sanitaria, alle Associazioni rappresentate dal Consiglio Nazionale dei consumatori e agli utenti che operano nel settore, nonché alle Associazioni o ad altre forme di organizzazioni rappresentative di particolari interessi dei soggetti che operano nel settore Sanità e che fruiscono delle attività e dei servizi prestati dall'amministrazione, ciascun Capo Area/Dirigente di Servizio, Dipartimento trasmette al Responsabile della Prevenzione le proprie proposte aventi ad oggetto l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio di corruzione, indicando, altresì, le concrete misure organizzative da adottare dirette a contrastare il rischio rilevato.

Il Responsabile della Prevenzione, anche sulla scorta delle indicazioni raccolte, elabora e predispone il Piano di Prevenzione della Corruzione. Il Direttore Generale approva con proprio provvedimento il Piano triennale di prevenzione dei fenomeni corruttivi entro il 31 Gennaio di ciascun anno, salvo diverso altro termine fissato dalla legge.

Il Piano, una volta approvato, viene pubblicato in forma permanente sul sito internet istituzionale dell'ente nella Sezione Amministrazione Trasparente in apposita sottosezione denominata -

Altri Contenuti- "Prevenzione della Corruzione" in modo che sia liberamente consultabile.

Nella medesima sottosezione del sito viene pubblicata, a cura del Responsabile della Trasparenza la relazione recante i risultati dell'attività svolta.

Il Piano può essere modificato anche in corso d'anno, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, su richiesta dell'ANAC allorché siano state accertate significative

violazioni delle prescrizioni, ovvero anche quando intervengano rilevanti mutamenti organizzativi o modifiche in ordine all'attività dell'amministrazione.

Il Responsabile Anticorruzione dell'Azienda Sanitaria come sopra individuato, annualmente avvia una serie di iniziative aventi carattere propedeutico alla revisione del Piano di Prevenzione dei fenomeni corruttivi approvato nel triennio precedente. Per la gestione del rischio di corruzione Il RPC in particolare richiede un diretto coinvolgimento di tutte le funzioni dirigenziali dell'Ente chiamate a collaborare ed a fornire un contributo operativo sull'attuazione e periodico monitoraggio dell'attività di prevenzione dei fenomeni di corruzione potenzialmente verificabili in seno alle strutture organizzative della Azienda Sanitaria, attuando:

1. l'obbligo giuridico previsto dall'art. 1 legge n. 190 del 06.11.2012 il cui comma 10 testualmente prevede: *"Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche:*

a) alla verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione...omissis".

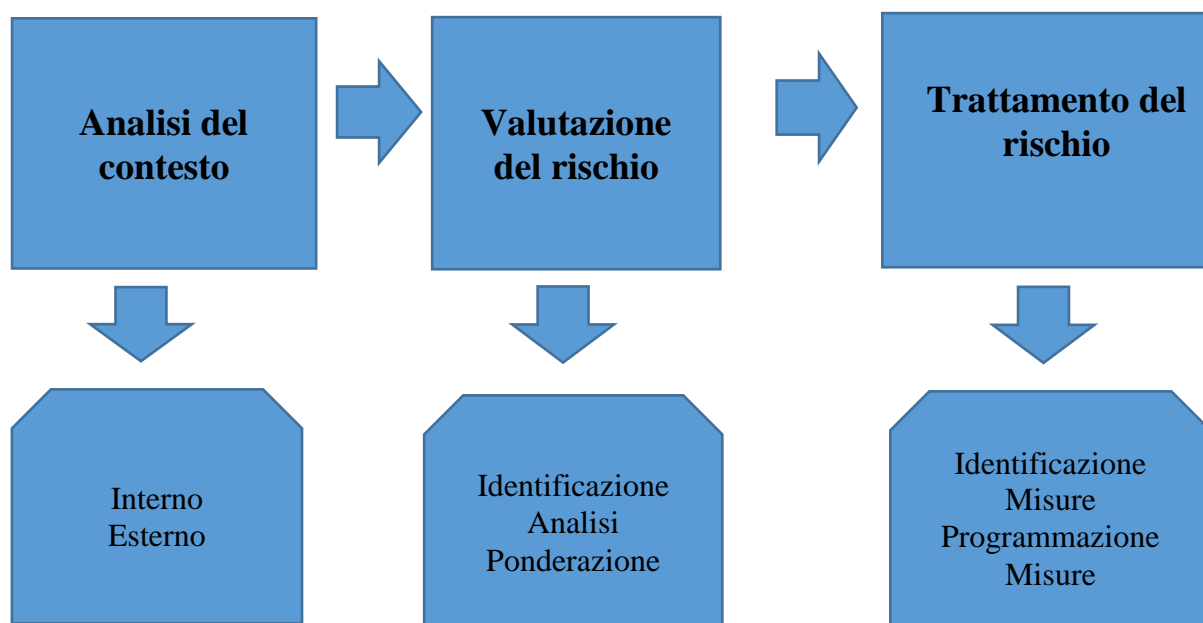
2. La novella legislativa laddove prevede l'esclusione dall'imputazione di responsabilità del RPC (per omesso controllo, sul piano disciplinare) nei casi di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, qualora lo stesso possa provare *«di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano»* (art. 41, co. 1, lett. l), d.lgs. 97/2016).

L'arco temporale del presente piano è per gli anni 2021 – 2022 - 2023, e pertanto le disposizioni ivi contenute aggiornano e sostituiscono - nelle parti modificate - quelle di cui al P.T.P.C. 2020/2022.

Il presente P.T.P.C. rappresenta lo strumento attraverso il quale l'ASP descrive "processi" articolati in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente ed è finalizzato a formulare adeguate strategie che consentono la prevenzione dei fenomeni corruttivi. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare la struttura organizzativa aziendale, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo.

F) PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

La gestione del rischio viene attuata attraverso una metodologia che, in una logica di continuità e di razionalizzazione, favorisca il buon andamento e l'imparzialità dell'attività amministrativa e la prevenzione di eventi corruttivi attraverso misure organizzative sostenibili che si inseriscono in un sistema di continuo miglioramento, mediante le fasi in sequenza descritte:



F1- Strumenti per il miglioramento del processo - Coordinamento ed integrazione del Piano della Performance con il Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

Le misure individuate nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (P.T.P.C.T.) devono essere adottate in relazione sia alla organizzazione aziendale, sia ai progetti o ai programmi elaborati per altre finalità, evidenziando così l'integrazione delle misure di prevenzione della corruzione con le misure organizzative aziendali.

L'adozione di tali misure preventive non deve risultare un mero adempimento bensì deve rientrare nella politica di riorganizzazione in accordo con ogni altra politica di miglioramento organizzativo.

La norma insegna che un'efficace gestione del rischio di corruzione si fonda su un metodo di coinvolgimento sempre più generalizzato degli attori che operano all'interno dell'amministrazione, così da sviluppare un sempre più crescente senso di identità che è alla base di ogni responsabilità e propensione al cambiamento, per come richiesto dalla normativa anticorruzione.

L'A.N.A.C con delibera n.1064 del 13 novembre 2019 ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 con allegate le indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi per la predisposizione del "Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020-2021-2022".

L'ASP di Ragusa, con delibera n. 265 del 30 gennaio 2020 ha approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020-2021-2022" che sarà aggiornato per il triennio 2021-2022-2023 entro il 31 marzo 2021, giusta comunicazione ANAC del 7.12.2020, tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Il differimento riguarderà sia la predisposizione e la pubblicazione della relazione annuale 2020 che i Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sono tenuti ad elaborare ai sensi dell'art. 1, co. 14 della L. 190/2012 sia la predisposizione e la pubblicazione dei Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2021-2023.

La Trasparenza, già uno dei pilastri portanti della politica anticorruzione, impostata dalla L. 190/2012, è stata prevista nel PTPCT come specifica sezione, nella quale devono essere indicate le azioni, i flussi informativi attivati o da attivare per dare attuazione sia agli obblighi generali di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33/2013 e n.97/16 che alle misure di trasparenza individuate anche come misure di specifica prevenzione della corruzione.

La recente normativa è pertanto indirizzata alla integrazione del PTPCT con gli altri strumenti di programmazione aziendale, tra cui il Piano della Performance.

Infatti, l'art.1 co.8 L.190/2012 stabilisce che gli atti di programmazione strategico-gestionale devono contenere gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Inoltre, ai sensi dell'art.44 D.Lgs. n.33/2013 l'OIV e gli altri soggetti deputati alla valutazione sono tenuti a verificare la coerenza degli obiettivi del piano con quelli indicati nel Piano della Performance.

IL PTPCT è uno strumento attraverso il quale l'Amministrazione, rendendo conoscibili i livelli di performance conseguiti e complessivamente e dalle specifiche strutture organizzative in cui si articola, intende responsabilizzarsi nei confronti dei propri stakeholders.

Il Piano, oltre ad attivare un costante osservatorio dei livelli di efficacia ed efficienza dell'attività svolta dall'Azienda, prevede una serie di iniziative per la conoscibilità dei suoi stessi contenuti, quindi per garantire un opportuno livello di trasparenza, presidio di legalità e prevenzione della corruzione e, al contempo, strumento di sviluppo della cultura della responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

Il Piano precisa i compiti e le funzioni dei "responsabili per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza", prevede una sistematizzazione complessiva dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi; disciplina l'istituto dell'accesso civico, implementato ed integrato dall' "accesso civico generalizzato", implementa il sistema dei controlli e delle sanzioni sull'attuazione delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre a costituire un livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione ed affermazione della cultura delle regole, nonché di prevenzione e di lotta ai fenomeni corruttivi, indica le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili dei vari uffici/strutture.

Gli obiettivi ivi contenuti sono, altresì, formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa della ASP definita nel Piano triennale delle performance e negli altri documenti di programmazione.

Già nell'anno 2016 è stato avviato il processo d'integrazione con altri atti di programmazione e gestione in particolare con il Piano della Formazione. Il principio di integrazione è più volte richiamato dall' ANAC, che ne fa uno dei punti cardine per garantire la sostenibilità delle misure del Piano per perseguirne l'efficacia, indicando strategicamente il collegamento delle misure di prevenzione agli obiettivi previsti (per gli stessi soggetti) nel Piano delle Performance e la loro attuazione quale elemento di valutazione della performance individuale e organizzativa.

Così, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione delle misure previste nel PTPCT costituiscono strumenti del ciclo della performance quali obiettivi e indicatori per la prevenzione del fenomeno corruttivo sia sotto il profilo organizzativo mediante l'attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione e misurazione della effettiva attuazione, sia sotto il profilo individuale mediante l'assegnazione di obiettivi, con evidenza dei relativi indicatori, al personale dirigenziale, ai referenti del responsabile della prevenzione della corruzione e al personale formato che opera in settori esposti alla corruzione.

I risultati della relazione delle Performance assumono rilevanza per effettuare una analisi circa le ragioni/cause determinanti gli scostamenti rispetto ai risultati attesi, per individuare le misure correttive in coordinamento con i dirigenti e con i referenti citati e, infine, per inserire misure correttive per implementare/migliorare il PTPCT.

Nella ASP di Ragusa è stato avviato il lavoro preliminare per l'adozione del nuovo PTPCT 2021-2022-2023 che consiste, in via preliminare, nel rinnovo della rete dei referenti, nell'avvio di formazione specifica per il personale dipendente, in particolare per i dirigenti e referenti, finalizzata a coinvolgerli concretamente nella stesura di una mappatura dei rischi aderente alla realtà aziendale ed acquisire una piena consapevolezza dell'obiettivo di garantire la trasparenza dell'azione amministrativa con la tempistica normativamente prevista.

Il nuovo Piano rappresenterà la sintesi delle azioni di miglioramento richieste a seguito del costante monitoraggio del vigente Piano secondo il cronoprogramma della prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

Tale strategia caratterizza i collegamenti col piano della performance nel PTPCT 2021-2023.

Ciò permetterà di sviluppare l'obiettivo finalizzato ad individuare in modo sinergico (con il coinvolgimento del RPC, del CDG, dei Dirigenti delle UU.OO. e della Direzione Strategica) le misure di controllo del rischio corruttivo quali obiettivi organizzativi del ciclo della performance.

All'OIV è attribuito il compito di monitorare l'attuazione di una gestione aziendale secondo principi di trasparenza ed integrità, cioè sull'impegno dell'intera organizzazione a render conto, sia all'interno che all'esterno della stessa, delle modalità di gestione delle risorse disponibili e soprattutto dei risultati conseguiti a vantaggio dei cittadini e di ogni altro portatore d'interesse.

Alla luce di quanto premesso, rivestono un ruolo significativo le procedure adottate e la loro continua revisione, stando che sono già usate ed entrate a pieno regime dal 2016.

Le azioni mirate alla riduzione del rischio si pongono, come obiettivo, la verifica della corretta esecuzione delle procedure di cui trattasi. In tal senso assume un'importanza strategica la Funzione di Internal Audit.

Per quanto sopra l'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa, nell'ambito delle proprie attività svolte nel settore amministrativo, nel corso del 2019, ha voluto facilitare i propri operatori nel fornire a terzi, chiara evidenza del rispetto degli obblighi di certificabilità dei sistemi amministrativo-contabili in accordo con le prescrizioni normative in materia di PAC (Percorso Attuativo di Certificabilità) e con l'Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità nonché agli obblighi di trasparenza.

A tal fine ha indetto nell'ottobre 2019 una manifestazione di interesse avente l'obiettivo di individuare gli operatori economici per avviare apposita procedura negoziata inerente l'affidamento del servizio di certificazione del bilancio dell'Ente per il triennio 2019-2021, che consenta di conseguire gli obiettivi sopradetti. La procedura negoziata nel momento in cui è redatto questo documento è in corso di completamento

Il RPCT dovrà tenere conto dei risultati della Relazione della Performance per:

- effettuare una analisi per comprendere le ragioni/cause in base alle quali si sono verificati gli scostamenti rispetto ai risultati attesi;

- individuare le misure correttive, in coordinamento con i dirigenti, in base alle attività che svolgono ai sensi dell'art.16 co.1, l.i-bis) i-ter, i-quater, D.Lgs. n.165/02001 e con i referenti del responsabile della corruzione;
- inserire misure correttive tra quelle per implementare/migliorare il PTPC.

Il Piano della Performance dovrà contenere gli obiettivi affidati al RPCT e al personale dirigenziale che lo collabora al fine di consentire una adeguata remunerazione mediante il trattamento accessorio della funzione svolta, come normativamente previsto.

F2 - Analisi del contesto esterno



Un efficace processo di gestione del rischio non può prescindere, in via preliminare, da una lettura del contesto sia esterno che interno in cui l'Azienda è chiamata ad operare.

Conoscere il contesto esterno significa evidenziare le caratteristiche dell'ambiente in cui si opera attraverso l'acquisizione ed interpretazione di dati utili a fronteggiare e prevenire l'ipotesi del verificarsi di fenomeni corruttivi specifici, favoriti o determinati dalle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio e dalla rete di relazioni interconnesse.

Il presente Piano tiene conto di dati oggettivi e realistici desunti da informazioni di natura economica, finanziaria, sociale ed in particolare delle caratteristiche geografiche, strutturali, socio-economiche, culturali, criminologiche del territorio avvalendosi dei dati del Piano della Performance e dei dati del "Profilo demografico, offerta socio-sanitaria, indicatori di mortalità e morbosità - Provincia di Ragusa" elaborato dal Servizio DASOE dell'Assessorato della Salute.

Il territorio provinciale dell'ASP comprende un territorio suddiviso in 12 comuni con una popolazione di 321.074 abitanti, distribuiti in 1.614,02 Km² di superficie.

I livelli occupazionali e il reddito medio pro-capite sono fra i più elevati dell'Italia meridionale; quella di Ragusa è la provincia con il più basso tasso di disoccupazione in Sicilia (19,2% rispetto al dato medio regionale del 21%). L'indice di libertà economica, che tiene conto non solo del PIL prodotto, ma anche di elementi quali: economia, lavoro, contesto sociale, finanza, fisco e trasferimenti, pone la Provincia di Ragusa ai livelli di province del nord Italia, con un valore di 64,8 su 100 che la colloca alla 51-esima posizione. Il tasso di crescita è pari al dato nazionale, e decisamente superiore a quello regionale, con una forbice fra classi agiate e classi povere fra le più strette del Meridione. Si contano 9,25 imprese ogni cento abitanti; quaranta le nuove imprese su cento iscritte alla Camera di Commercio nel 1998. Secondo indagini del Censis e dell'Istat, Ragusa

possiede un sistema di piccole e medie imprese, articolate in sei raggruppamenti merceologici: agroalimentare e mangimistico, materiali e complementi per l'edilizia, marmi e graniti, legno-arredo, chimico-plastico e metalmeccanico-impiantistico. Significativo anche l'autotrasporto merci e passeggeri. Infine, da qualche anno, grazie a politiche mirate, è iniziato lo sfruttamento delle potenzialità turistiche del capoluogo.

Da un punto di vista quantitativo, Ragusa è:

- è il 1° polo italiano per produzione lorda vendibile dell'agricoltura, con il 47% della produzione ortofrutticola e floricola sotto serra: si pensi che il 6% appena della popolazione siciliana produce più del 20% del reddito agricolo regionale;

- vanta anche il 60% della produzione lattiero-casearia dell'isola, il 60% della produzione di polietilene e dei materiali plastici per l'agricoltura. Particolarmente rinomati sono gli allevamenti dei bovini da cui si ricava il latte di mucca utilizzato industrialmente nelle mozzarelle denominate "focci di latte" e anche per la produzione del "Caciocavallo Ragusano", a marchio DOP, conosciuto ed apprezzato in tutta Italia;

- è la prima in Italia per esportazioni di merci derivanti dall'agricoltura biologica. L'export ragusano negli ultimi anni ha registrato performance estremamente reattive diventando in proporzione l'area Siciliana di maggiore esportazione, nel 2005 i flussi sono cresciuti del 19,2%, per un controvalore di oltre 30 milioni di euro. I settori determinanti dell'export sono: prodotti agricoli; prodotti alimentari; bevande; prodotti chimici; materie plastiche; cemento; materiali lapidei;

- è la 4° per minor numero di truffe e la 6° per minor numero di fallimenti, a conferma della sua sostanziale legalità nei rapporti economici. Recentemente il comune di Ragusa ha ottenuto secondo la norma UNI EN ISO 9001:2000 (Sistema di Gestione Qualità la Certificazione) relativamente allo Sportello Unico delle Attività Produttive, unico certificato in Sicilia e tra i pochi in Italia.

- Tuttavia, come in generale nelle altre realtà regionali sono presenti organizzazioni criminali dalle quali possono scaturire fenomeni corruttivi e di illegalità. Le infiltrazioni della criminalità organizzata soprattutto riguardo agli appalti pubblici e privati si manifestano attraverso le forme classiche del controllo e del condizionamento, diretto o indiretto. L'ingerenza in tale ambito è considerata strategica dal sodalizio criminale non solo per l'indiscussa appetibilità del settore ma anche e soprattutto per il fatto di rappresentare un canale di accesso al sistema decisionale delle pubbliche amministrazioni. La prevenzione e la repressione delle infiltrazioni criminali, nonché, più in generale, la trasparenza nel settore degli appalti pubblici rappresentano pertanto questioni sulle quali va mantenuta costante la vigilanza e l'attività di contrasto.

- Il territorio ibleo per la particolare posizione geografica costituisce la frontiera meridionale del continente europeo relativamente al fenomeno migratorio e sicurezza pubblica ed è meta di approdo per i cittadini extracomunitari alla ricerca di opportunità lavorative. Le modeste pretese economiche di molti cittadini extracomunitari potrebbero favorire il loro ingresso nel circuito delle attività illecite. Difatti il verificarsi nel tempo di numerosi sbarchi lungo il litorale di questa provincia ha dato origine alla formazione di nuclei di clandestini attorno a cittadini regolari e si sono, pertanto, create sacche di marginalità sociale da cui scaturiscono manifestazioni di devianza e criminalità, prevalentemente di tipo comune, tra cui traffico di sostanze stupefacenti, favoreggiamento dell'immigrazione clandestina e accattonaggio.

- Gli strumenti di intervento resi disponibili dal vigente quadro normativo, in uno alla sensibilità ed attenzione riservata a questi assetti dagli operatori pubblici, dovranno pertanto tendere a garantire la massima imparzialità dell'azione amministrativa.

Tra gli operatori della salute che entrano in rapporto con l'ASP di Ragusa annoverano una pluralità di soggetti, singoli professionisti, enti pubblici e privati, che operano nel territorio provinciale, regionale ed interregionale quali portatori di specifici e diversificati interessi.

Tra questi si hanno le Case di cura e le Strutture private accreditate nei confronti delle quali l'Azienda esercita funzioni istituzionali di controllo. E' questo un ambito particolarmente importante nell'ambito del monitoraggio del rischio corruttivo, per gli evidenti interessi che vi entrano in gioco e per le eventuali implicazioni che un impiego non a norma di strutture, personale e apparecchiature può avere sulla salute dei cittadini. Per questo motivo, i rapporti contrattuali con i privati accreditati, già individuati dalla determinazione ANAC n.12/2015 quale area di rischio specifico per il Settore Sanità.

Operatori della salute radicati nel contesto sociale, in grado di indirizzare la domanda di salute sono i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta e, in secondo luogo i titolari delle farmacie private; il loro coinvolgimento soprattutto ai fini dell'appropriatezza prescrittiva e di indirizzamento risulta di rilievo in un campo sensibile quale quello della spesa farmaceutica e del corretto uso di presidi, dispositivi medici e strumentazioni sanitarie.

Altri soggetti privati che perseguono un interesse economico e interagiscono con l'Azienda, sono i fornitori di beni e servizi, ove assume rilevanza in particolare lo smaltimento dei rifiuti, il trasporto di dializzati, acquisti di apparecchiature bio-medicali.

F.3) Analisi del contesto interno

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa è un ente con personalità giuridica pubblica, avente autonomia imprenditoriale, costituita in forza dell'art. 8 della Legge Regionale 14 aprile 2009 n.5 dalla fusione delle preesistenti Aziende, e precisamente Azienda Ospedaliera "Civile-Maria Paternò Arezzo" e Azienda Unità Sanitaria Locale n.7.

L'Azienda, operativa dal 1° settembre 2009, ha sede legale in Ragusa Piazza Igea n.1

L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con Atto Aziendale. Con deliberazione n.3076 del 12.12.2019 è stato adottato il nuovo Atto Aziendale approvato con D.A. 159/2020 del 03.03.2020.

Organo di vertice e Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale, coadiuvato, nelle sue funzioni, da un Direttore Amministrativo e da un Direttore Sanitario.

L'Azienda svolge le funzioni legislativamente assegnate di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nella provincia di Ragusa, attraverso l'erogazione diretta, con proprie strutture, o indiretta, per il tramite di altre strutture del SSN pubbliche o private, garantendo l'erogazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie di prevenzione, di cura e di riabilitazione comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), garantendo lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente, la migliore accessibilità dei servizi dell'utente, l'integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera, lo sviluppo delle cure primarie, la collaborazione con gli enti locali, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato.

Le attività sono definite attraverso il Piano Attuativo Aziendale, di durata triennale, adottato dal Direttore Generale, previo parere della Conferenza dei Sindaci, con il quale vengono recepiti gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino.

Il Piano Attuativo si realizza mediante la definizione di programmi annuali di attività.

L'Azienda si caratterizza per essere una tra le più importanti aziende del Libero Consorzio Comunale di Ragusa. In tale veste è impegnata anche a valorizzare e consolidare la propria presenza nel sistema produttivo provinciale, ricercando e incoraggiando, nelle forme e nei modi più appropriati al proprio ruolo, la collaborazione con tutte le forze sociali del mondo dell'economia e

del lavoro, oltreché con le istituzioni locali, scolastiche e della formazione, al fine di sviluppare la capacità di differenziazione e di specializzazione dei servizi che possono contribuire al miglioramento della qualità della vita e delle opportunità di salute dei cittadini.

Ai fini dell'erogazione dei servizi alla popolazione, l'Azienda si articola in tre distretti sanitari:

- **Distretto Sanitario di Ragusa**, comprendente i Comuni di Ragusa, S. Croce Camerina, Giarratana, Monterosso Almo, Chiaramonte Gulfi;
- **Distretto Sanitario di Modica**, comprendente i Comuni di Modica, Scicli, Pozzallo, Ispica;
- **Distretto Sanitario di Vittoria**, comprendente i Comuni di Vittoria, Comiso, Acate;

Dal punto di vista della macro organizzazione ospedaliera, l'Azienda comprende in particolare tre aggregati ospedalieri:

- **DEA di I livello Ospedali di Ragusa**, comprendente il P.O. "Giovanni Paolo II" e il P.O. "Maria Paternò Arezzo";
- **DEA di I livello Ospedali di Vittoria-Comiso**, comprendente il P.O. "R. Guzzardi" di Vittoria e il P.O. "Regina Margherita" di Comiso.
- **DEA di I livello Ospedali di Modica - Scicli**, comprendente il P.O. "Maggiore" di Modica e il P.O. "Busacca" di Scicli;

L'organizzazione ospedaliera è integrata da Dipartimenti funzionali che hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento delle competenze tecnico-professionali adeguate, definendo i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, al fine di ridurre le difformità nelle pratiche clinico-assistenziali.

I Dipartimenti funzionali coinvolgono "orizzontalmente" le strutture complesse e/o semplici che ne fanno parte ed uno tra i responsabili delle unità operative complesse è posto a capo della struttura dipartimentale con un ruolo di coordinamento. Non assumono la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Aziendale e con le altre strutture aziendali.

Essi sono:

- Dipartimento di Medicina
- Dipartimento Oncologico
- Dipartimento Cardio-Neuro-vascolare
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento dell'Emergenza (DEA)
- Dipartimento di Chirurgia
- Dipartimento dei Servizi
- Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo
- Dipartimento Amministrativo

Inoltre, si hanno n.4 Dipartimenti strutturali,

- Dipartimento Prevenzione
- Dipartimento Prevenzione Veterinaria
- Dipartimento Salute Mentale
- Dipartimento Cure Primarie,

I Dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate.

Tali risorse sono costituite dal personale, dalle strutture edilizie e dalle attrezzature tecnologiche e materiali ad esso afferenti. Le risorse finanziarie sono rappresentate dal budget

funzionale assegnato al Dipartimento. Le somme sono suddivise per centri di costo, in ragione dei previsti “consumi” delle strutture aggregate, individuati secondo la peculiarità di ciascun Dipartimento sulla base della pianificazione e programmazione aziendale ed interventi previsti come obbligo dalla normativa vigente. Essi assumono la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Aziendale e con le altre strutture aziendali. La responsabilità dei dipartimenti strutturali, assegnata ad uno dei direttori delle strutture complesse di cui è composto, comporta funzioni di gestione piena e con rilevanza gerarchica della struttura.

All'interno delle suddette macro-articolazioni, si articolano le:

- Strutture complesse
- Strutture semplici a rilevanza strategica dipartimentale
- Strutture semplici
- Incarichi professionali
- Incarichi funzionali (ex posizioni organizzative)

F3 – Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio

Il Piano Triennale della Prevenzione Corruzione e Trasparenza (P.T.P.C.T.) rappresenta lo strumento attraverso il quale l'Amministrazione descrive un “processo” articolato in fasi tra loro collegate, e finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo ed elaborato anche alla luce delle recenti norme emanate, tra cui in particolare il PNA 2019, giusta delibera ANAC 1064 del 13 novembre 2019 che, all'allegato 1, prevede una nuova metodologia per la Valutazione del rischio che supera e sostituisce quella prevista dall'allegato 5 del PNA 2013 dando rilievo all'approccio di tipo qualitativo basato sulla evidenza della motivazione della valutazione e ha previsto un nuovo sistema di “Mappatura dei processi”, consistente nella “*individuazione*” e “*analisi*” dei processi organizzativi.

Il modello utilizzato, secondo le indicazioni riportate nel predetto Allegato 1 al PNA 2019, dall'Azienda di Ragusa per il triennio 2021/2023 consta di elementi aggiuntivi rispetto a quello allegato al Piano 2020/2022 e costituisce il primo passo per la realizzazione di una mappatura dei processi sempre più aderente alla realtà aziendale secondo un procedimento di gradualità basato sulla introduzione di opportuni correttivi e descrizione sempre più analitica dei processi sulla base delle risultanze dei periodici monitoraggi e del grado di partecipazione di tutti i soggetti chiamati a partecipare.

La gestione del rischio si attua attraverso il coinvolgimento dei soggetti esterni che possono fornire il loro apporto in quanto a conoscenza di informazioni e dati rilevanti per la stesura del nuovo piano della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e attraverso la diretta partecipazione delle strutture organizzative aziendali poiché i responsabili delle strutture, in quanto conoscitori delle attività svolte dall'amministrazione possono agevolare l'individuazione degli eventi rischiosi per singolo processo.

Con avviso di consultazione aperta pubblicata sul sito “*Amministrazione Trasparente*” del 3 febbraio 2021 finalizzata ad acquisire da parte di tutti coloro ne avessero interesse, in particolare cittadini, associazioni di consumatorie/o altri soggetti portatori di interessi collettivi la formulazione di proposte/contributi per l'aggiornamento del Piano, sia i soggetti interni, in particolare referenti del rischio corruttivo e dirigenti ai quali è stato richiesto un contributo nell'individuazione e nella gradualità del rischio corruzione.

In riferimento ai riscontri pervenuti in particolare dal Comitato Consultivo con il quale si è tenuto un incontro dedicato cui è seguito la propostae dai Direttori di struttura anche se non da tutti si è proceduto ad aggiornare la mappatura dei rischi secondo un nuovo modello come rilevasi dagli allegati al presente piano.

In virtù del principio della integrazione con altri sistemi di gestione già presenti nell'organizzazione aziendale con nota n. 2/RPCT del 9 febbraio 2021, sono stati formalmente chiamati a partecipare alla gestione del rischio corruttivo i soggetti interni (Controllo di Gestione, Ufficio Procedimenti disciplinari, Servizio Legale, etc..) per acquisire ogni informazione utile alla stesura di una mappatura dei rischi più completa possibile mentre con nota prot. n. 3/RPCT del 10 febbraio 2021 è stato avviato il procedimento di coinvolgimento dei referenti e responsabili degli uffici nella delicata fase di individuazione dei processi e dei rischi agli stessi connessi richiedendo agli stessi il contributo per procedere alla revisione e/o aggiornamento della mappatura dei processi a rischio di corruzione contenuti nelle schede di ciascuna delle strutture aziendali interessate e proporre al RPCT le eventuali modifiche e/o integrazioni riguardo ai processi, alle relative misure, tempistiche, indicatori, etc.

La suddetta richiesta è stata riscontrata da alcune strutture aziendali che hanno ritenuto opportuno apportare modifiche alle schede di loro pertinenza, come di seguito indicate, mentre altre strutture aziendali non hanno ritenuto necessario riscontrare e quindi procedere ad una redazione/revisione dei processi di loro pertinenza.

La gestione del rischio viene attuata attraverso le seguenti fasi:

- *Mappatura* dei processi attuati dall'Amministrazione;
- *Valutazione* del rischio per ciascun processo;
- *Trattamento* del rischio.

Individuazione delle aree di rischio e mappatura dei processi

La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio e consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi, della definizione delle responsabilità per ciascuna fase con l'obiettivo di predisporre il catalogo dei processi amministrativi aziendali.

Le aree di rischio possono variare a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dall'Amministrazione.

L'ASP di Ragusa, in aderenza alle aree di rischio obbligatorie di cui al PNA 2019, ha individuato le seguenti aree di rischio:

Aree di rischio generali:

1. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni);
2. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè sovvenzioni, contributi, sussidi);
3. Contratti pubblici (ex Affidamento di lavori, servizi e forniture);
4. Acquisizione e gestione del personale (ex Acquisizione e progressione del personale);
5. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
6. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
7. Incarichi e nomine;
8. Affari legali e contenzioso.

Aree di rischio specifiche:

1. Attività libero professionale intramoenia;
2. Liste di attesa;
3. Rapporti con soggetti erogatori;
4. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
5. Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

In seno alle Aree ad alto rischio come identificate nel presente PTPC dalle norme di legge viene applicata una metodologia di analisi e descrizione analitica dei processi, attività e fasi al fine di consentire la migliore identificazione dei rischi corruttivi tenendo conto della dimensione organizzativa dell'amministrazione, delle conoscenze e delle risorse disponibili per cui gli indicatori di stima del livello di rischio avranno livelli di qualità e di complessità proiettati verso la crescita progressiva.

Per **valutazione del rischio** si intende il processo di:

- identificazione
- analisi
- ponderazione del rischio

L'identificazione del rischio ha l'obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi nelle attività svolte dall'Azienda e di consentirne una comprensione più approfondita, propedeutica alla individuazione del livello di esposizione al rischio dei processi.

L'analisi parte dalla definizione dell'unità di riferimento rispetto al quale individuare gli eventi rischiosi che ne costituisce l'oggetto rappresentato al livello minimo dal processo e/o dalle singole attività di cui si compone il processo nella prospettiva di programmare iniziative e azioni per migliorare gradualmente nel tempo il dettaglio dell'analisi soprattutto nei processi in cui sia stata rilevata un'esposizione al rischio corruttivo elevata che richiede un livello avanzato di dettaglio nell'ottica di un miglioramento continuo che porti nel tempo dal livello del processo (minimo) al livello delle singole attività (dettagliato).

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti **fattori abilitanti** della corruzione. Il secondo è quello di **stimare il livello** di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

I fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione, sono subentrati alle superate "cause" degli eventi rischiosi riscontrabili nell'aggiornamento al PNA 2015 poiché non sempre è individuabile un vero e proprio rapporto di causa-effetto.

L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. Essi possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

Esempi di fattori abilitanti del rischio corruttivo son rappresentati da:- Mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in fase di analisi andrà verificato se presso l'amministrazione siano già stati predisposti – ma soprattutto efficacemente attuati – strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;- mancanza di trasparenza;- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa

chiarezza della normativa di riferimento;- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;- scarsa responsabilizzazione interna;- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; o inadeguata diffusione della cultura della legalità;- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

La stima del livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi mira ad individuare i processi e le attività del processo su cui concentrare l'attenzione, sia per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio da parte del RPCT.

In questa fase, l'analisi è finalizzata a stimare il livello di esposizione al rischio per ciascun oggetto definito nella fase precedente: processo o sua attività.

Si utilizzeranno i seguenti **indicatori di stima del livello di rischio**:

- a) **livello di interesse "esterno"**: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- b) **grado di discrezionalità** del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- c) **manifestazione di eventi corruttivi** in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- d) **opacità del processo decisionale**: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- e) **livello di collaborazione del responsabile del processo** o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano:

- la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- grado di **attuazione delle misure di trattamento**: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi. Pertanto, in tale fase l'Azienda può introdurre un ulteriore livello di dettaglio allo scopo di stimare l'esposizione al rischio per singolo evento rischioso che è stato individuato nella fase di identificazione. **Le fonti informative utilizzabili sono costituite da:**
- le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno realizzate nelle fasi precedenti;- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili;
- il grado di coinvolgimento dei responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es. internal audit, Servizio Attività ispettive, etc.);
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es. segnalazioni raccolte dal RPCT o RUP o provenienti dalla società-ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (es. rassegne stampa, ecc.).

La valutazione è, comunque, imprescindibile dalla obbligatoria applicazione dei contenuti di norme di legge che identificano a priori le Aree da considerarsi ad alto rischio sia generali che specifiche, in seno a questa Azienda. Per valutare processi con più attività e fasi dovrà essere considerato il valore più alto di una delle singole fasi o attività analizzate.

Ponderazione del rischio

L'obiettivo della ponderazione del rischio è di «agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione». In altre parole, la fase di ponderazione del rischio, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, ha lo scopo di stabilire:

- a) le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
- b) le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto. Per quanto riguarda le azioni da intraprendere, una volta compiuta la valutazione del rischio, dovranno essere valutate le diverse opzioni per ridurre l'esposizione dei processi/attività alla corruzione.

La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti. Nel definire le azioni da intraprendere si dovrà tener conto in primis delle misure già attuate e valutare come migliorare quelli già esistenti, anche per evitare di appesantire l'attività amministrativa con l'inserimento di nuovi controlli. In altri termini, nell'ipotesi in cui le misure introdotte non risultino sufficienti a ridurre in modo significativo il rischio corruttivo, si dovrà valutare come ridisegnare e irrobustire le misure di prevenzione già esistenti prima di introdurne di nuove. Quest'ultime, se necessarie, andranno attuate sempre nel rispetto del principio di sostenibilità economica ed organizzativa.

sostenibilità di intervento.

Nell'effettuare questa valutazione complessiva è opportuno precisare che, nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, viene fatto riferimento, come raccomandato dall'ANAC, al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio, facendo prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso, vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.

Si attua un'analisi di tipo qualitativo supportata da documentazione adeguata e motivata rispetto ad una impostazione quantitativa che prevede l'attribuzione di punteggi (scoring)

I criteri indicati prima vengono misurati per ogni processo o attività/ evento rischioso secondo la scala ordinale alto-medio-basso per giungere ad una valutazione complessiva di sintesi del livello di esposizione al rischio.

Lo schema di valutazione del livello di esposizione al rischio tiene conto per ogni processo/attività/fase o evento rischioso della misurazione ordinale di ciascun indicatore evidenziando che nel caso in cui per un dato oggetto di analisi-processo siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio si farà riferimento al valore più alto nella stima della esposizione complessiva del rischio; così pure per la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento privilegiando il giudizio qualitativo rispetto al mero calcolo matematico.

In considerazione di quanto sopra e tenuto conto che, nel Settore Sanitario, più che per altre amministrazioni con una diversa *mission* istituzionale, qualsivoglia evento corruttivo determinerebbe delle conseguenze rilevanti e poiché la metodologia di calcolo individuata si basa sul prodotto dei due fattori (probabilità ed impatto), in seno a questa amministrazione sono stati individuati i seguenti valori e la seguente modalità per la valutazione del rischio:

Il fattore “**impatto**”, è stato declinato in 3 valori:

“basso” (Priorità 5-4);
 “medio” (priorità 3-2);
 “alto- molto alto”(Priorità 1)

Il fattore “**Probabilità**”, è stato declinato in 5 valori:

- Inferiore a 2 indicatori - scarsa – (priorità 5)
- 2 indicatori - bassa – (priorità 4)
- 3 indicatori -media- (priorità 3)
- 4 indicatori - medio alta – (priorità 2)
- 5/6 indicatori - alta/ molto alta – (priorità 1)

Il prodotto derivante da questi due fattori ha, come possibile esito:

- processi a rischio scarso da trattare con Priorità 5/4/3
- processi a rischio basso da trattare con Priorità 4 / 3;
- processi a rischio medio da trattare con Priorità 3/2;
- processi a rischio medio/alto da trattare con Priorità 2/1;
- processi alto- molto alto da trattare con Priorità 1;

	IMPATTO	Basso (p 5/4)	Medio (p 3/2)	Alto/molto alto (p1)	PRIORITA' DEL TRATTAMENTO	
PROBABILITA						
>2 indicatori- scarsa (p5)		Scarsa(p)	ALTISSIMO	Medio(p3)	PRIORITA' 5/4	PRIORITA' 3
n. 2 indicatori – bassa (p4)		Basso (p4)	ALTO	Medio(p3)	PRIORITA' 4	PRIORITA' 3
n. 3 indicatori- media (p3)		Medio(p3)	Medio(p3)	Medio Alto(p2)	PRIORITA' 3	PRIORITA' 2
n. 4 indicatori- medio alto (p2)		Medio/Alto(p2)	Medio/Alto(p2)	Alto (p2)	PRIORITA' 2	PRIORITA' 1
n. 5/6 indicatori- alta/molto alta (p1)		Medio/Alto(p2)	Alto (p1)	Molto alto (p1)	PRIORITA' 1	PRIORITA' 1

Di fatto la rivisitazione della mappatura ha portato ad una revisione delle ponderazioni effettuate nei precedenti PTPCT, mantenendo in taluni casi le misure già esistenti o la individuazione di ulteriori ambiti di intervento con l'introduzione di nuove misure atte a contrastare il fenomeno corruttivo.

La nuova mappatura contenuta nelle schede del presente Piano rappresenta, quindi, la sintesi di quanto desunto dal contributo dell'OIV, del Comitato Consultivo, dei dirigenti che hanno riscontrato la nota citata (non tutti).

Nel corso del 2021 si potranno programmare ulteriori attività di rilevazione dei processi individuati nel presente PTPCT, secondo i tempi e responsabilità relative alla loro “mappatura”, così come indicate nel “Cronoprogramma”, con particolare riguardo al monitoraggio di primo livello (autovalutazione dei Direttori di UOC) e di secondo livello a cura del RPCT e dell'Ufficio di Supporto che sarà, nel frattempo, istituito, nonché del conseguente “Riesame” in maniera tale da rendere possibile, con gradualità e tenendo conto delle risorse disponibili, il passaggio da soluzioni semplificate (ad esempio elenco dei processi con descrizione solo parziale) a soluzioni più evolute (descrizione più analitica ed estesa). A tal fine, si tenderà sempre più all'utilizzo di strumenti e soluzioni informatiche idonee a facilitare la rilevazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati e delle informazioni necessarie, mediante anche il coinvolgimento con altre iniziative presenti in questa ASP che richiedono interventi simili (controllo di gestione, certificazione di qualità, analisi dei carichi di lavoro, sistema di performance management, ecc.).

Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

In tale fase, si devono progettare l'attuazione di misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili.

La fase di individuazione delle misure deve quindi essere impostata avendo cura di temperare anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non attuabili.

Si distinguono misure generali e misure specifiche.

Secondo il PNA 2019 le **misure generali** *intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione; le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su problemi specifici.*

Una misura può essere, pertanto, programmata come misura generale o come misura specifica a seconda se insista trasversalmente sull'organizzazione ovvero risponda a specifici problemi .

Le principali tipologie di misure individuate sia come generali che specifiche nel PNA 2019 sono:

- controllo
- trasparenza
- definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
- regolamentazione
- semplificazione formazione
- sensibilizzazione e partecipazione
- rotazione
- segnalazione e protezione
- disciplina del conflitto di interessi

- regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari (lobbies).

E' sempre necessario comunque verificare la loro corretta e continua attuazione nel tempo sia attraverso il monitoraggio sia attraverso misure integrative o interventi correttivi. Ciò al fine di assicurare la continuità dell'azione e/o di intercettare criticità che hanno reso inadeguata la misura stessa.

Tutte le attività (dall'analisi del contesto alla valutazione del rischio) precedentemente effettuate sono propedeutiche alla identificazione e progettazione delle misure che rappresentano, quindi, la parte fondamentale del PTPCT di ciascuna amministrazione.

Si sottolinea che l'individuazione e la progettazione di misure di prevenzione della corruzione rappresentano due passaggi fondamentali e l'uno qualifica l'altro. La presenza di un elenco generico di misure di prevenzione della corruzione, senza un'adeguata programmazione, non assolve – in linea di principio e di fatto – all'importante compito di definizione della strategia di prevenzione della corruzione dell'amministrazione. Si ricorda, a tal proposito, che la stessa legge 190/2012 specifica che il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, deve necessariamente contenere “gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio”. La qualificazione del PTPCT quale documento di natura **“programmatoria”** evidenzia la necessità di garantire un'adeguata programmazione di tali “interventi organizzativi” (ossia le misure di prevenzione della corruzione).

Il presente Piano stabilisce:

- che in considerazione della durata triennale, la valutazione del rischio di corruzione ed illegalità compiuta in relazione all'anno 2021 potrà costituire oggetto di modifica e di revisione, oltre che di aggiornamento laddove situazioni successive lo rendano opportuno;
- che le attività a rischio corruzione, individuate ai sensi del piano, devono essere svolte, ove possibile, da personale specificamente formato;
- che le attività a rischio corruzione, in rapporto al grado di rischio, siano svolte nella rigorosa osservanza delle misure preventive delineate nel piano stesso.

Questa attività ha consentito di individuare anche le misure più idonee per prevenire il rischio distinte in base alle priorità rilevate e tenuto conto delle risorse a disposizione e della loro sostenibilità anche per le successive fasi di controllo e monitoraggio. Sono state così distinte le misure obbligatorie espressamente previste dalla legge o da altre fonti normative e le misure ulteriori previste dal PNA o individuate dall'Amministrazione.

TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE GENERALI E SPECIFICHE

La creazione di una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione si può attuare solo attraverso la programmazione delle misure articolate in fasi, scadenze nel tempo, correlabili a determinati responsabili dell'attuazione e riferibili a specifici indicatori.

Il PNA 2019 suggerisce, a titolo esemplificativo, degli indicatori di monitoraggio per ciascuna delle misure dallo stesso previste che costituiscono il riferimento, anche se non esaustivo, del presente Piano:

misura	indicatori
misure di controllo	numero di controlli effettuati su numero di pratiche/provvedimenti/etc.
misure di trasparenza	Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
Misure di definizione e promozione dell'etica e di standards di comportamento	numero di incontri o comunicazioni effettuate
misure di regolamentazione	verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
misure di semplificazione	presenza o meno di documentazione o disposizioni che sistematizzino e semplifichino i processi
misure di formazione	numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati; risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso)
misure di sensibilizzazione e partecipazione	numero di iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
misure di rotazione	numero di incarichi/pratiche ruotate sul totale
misure di segnalazione e protezione	presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti
misure di disciplina del conflitto di interessi	Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi tipiche dell'attività dell'amministrazione o ente
Misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentati di interessi particolari" (lobbies)	Presenza o meno di discipline volte a regolare il confronto con le lobbies e strumenti di controllo

ELENCO DELLE MISURE GENERALI E SPECIFICHE PER IL TRIENNIO 2021-2023

Misura 1:

Adozione, nei tempi stabiliti, delle misure e adempimenti previsti dal PTCPT

Gli adempimenti previsti dal Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza costituiscono obblighi per i destinatari in quanto rispondenti al dettato normativo di cui alla L. 190/2012 e succ. mod. e/o int. e D.lgs. 33/2013 e strettamente correlati al Piano della Performance e alla valutazione dei Dirigenti e del personale

Soggetti attuatori:

Referenti del Rischio corruttivo e Direttori /Responsabili delle unità operative.

Indicatori di risultato:

*I soggetti attuatori dovranno predisporre la dichiarazione di cui al **modulo "A"** riguardante l'adozione, nei tempi stabiliti, di tutte le misure ed adempimenti previsti nel PTPC mediante l'utilizzo degli allegati in esso indicati: A,B,C,D,E F,F1,G,H,I,L,N.*

*I Direttori/Responsabili di unità operative trasmetteranno il modulo debitamente compilato entro il 15 del mese successivo al semestre di riferimento ai rispettivi Referenti per il rischio corruttivo. I Referenti per il rischio corruttivo trasmetteranno *con cadenza annuale (30 novembre)* al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza il modulo proprio con allegati i moduli debitamente compilati e sottoscritti di tutti i Direttori/Responsabili.*

Misura 2: Conoscenza del Piano

Tutti i dipendenti dell'ASP di Ragusa saranno messi a conoscenza del presente Piano anche attraverso la programmazione di campagne di informazione e formazione.

I dipendenti destinati ad operare in settori e/o attività esposti ad alto rischio di corruzione assicurano attraverso una dichiarazione scritta da consegnare ai Dirigenti responsabili di riferimento, la piena conoscenza del presente Piano.

Soggetti attuatori:

Referenti del Rischio corruttivo e Direttori /Responsabili delle unità operative.

Indicatori di risultato:

*I soggetti attuatori dovranno trasmettere la dichiarazione di cui al **modulo B** entro il 15 febbraio (per l'anno 2021 entro il 20 aprile).*

Misura 3: Codice di Comportamento

I codici di comportamento assumono un ruolo di rilievo tra le misure di prevenzione della corruzione in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tale via, indirizzano l'azione amministrativa.

L'art. 1, co 44 della legge 190/2012, riformulando l'art. 54 del d. lgs. n. 165/20021 "Codice di Comportamento" ha rivisitato la preesistente disciplina dei codici di condotta prevedendo, ad integrazione e a maggior specifica del codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici, un codice proprio di ciascuna pubblica amministrazione da definire con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio OIV e sottolineando la rilevanza disciplinare

della violazione dei doveri compresi nei codici di comportamento ivi inclusi quelli relativi all'attuazione del PTCPT.

La base giuridica di riferimento per i codici delle singole amministrazioni è costituita dal Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013) le cui disposizioni costituiscono principi di comportamento per il personale in regime di diritto pubblico, per tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi di indirizzo e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Amministrazione.

Il Codice di Comportamento delle singole amministrazioni, ispirandosi agli indirizzi e alle linee di indirizzo dell'ANAC, rivisita, in funzione delle specificità di dell'Ente, delle aree di competenza e delle diverse professionalità, i doveri del codice nazionale al fine di integrarli e specificarli.

Il Codice di Comportamento della ASP di Ragusa, adottato con deliberazione n. 2557/2014, alla luce della determina n. 358 del 29 marzo 2017 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione riguardante le linee guida di settore per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale previo esperimento di consultazione aperta ex art. 54, comma 5, del d.lgs. n.165/2001 e succ. m. e i., acquisito il parere positivo rilasciato dall'O.I.V., è stato aggiornato con deliberazione n.1848 del 28 giugno 2017, portando a conclusione il processo di adozione del Codice Etico Comportamentale. Di tanto e della conseguente pubblicazione del regolamento sul sito web aziendale è stata fornita idonea comunicazione a tutti i dipendenti e destinatari del Codice.

Con l'adozione delle nuove Linee approvate con delibera 177 del 19.02.2020 che qui si intendono integralmente riportate l'ANAC intende promuovere la necessaria connessione del Codice con il PTCPT al fine di tradurre gli obiettivi di limitazione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue con misure di tipo oggettivo e organizzativo (organizzazione degli uffici, dei procedimenti/processi, dei controlli interni) in doveri di comportamento di lunga durata dei dipendenti. Il fine è quello di correlare i doveri di comportamento dei dipendenti alle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT della Amministrazione. Il fine è quello di correlare i doveri di comportamento dei dipendenti alle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT della Amministrazione. Ciò comporta che nel definire le misure oggettive di prevenzione della corruzione (a loro volta coordinate con gli obiettivi di performance cfr. PNA 2019, Parte II, § 8) occorre parallelamente individuare i doveri di comportamento che possono contribuire, sotto il profilo soggettivo, alla piena realizzazione delle suddette misure.

Analoghe indicazioni l'amministrazione può trarre, ex post, dalla valutazione sull'attuazione delle misure stesse, cercando di comprendere se e dove sia possibile rafforzare il sistema con doveri di comportamento.

Tale stretta connessione è confermata da diverse previsioni normative.

Innanzitutto, il fatto stesso che l'art. 54 del d.lgs.165 del 2001 sia stato inserito nella l. n. 190/2012 è indice della volontà del legislatore di considerare necessario che l'analisi dei comportamenti attesi dai dipendenti pubblici sia frutto della stessa analisi organizzativa e di *risk assessment* propria dell'elaborazione del PTPCT.

Naturalmente, poi, diversi sono gli effetti giuridici che si ricollegano ai due strumenti.

Inoltre, sempre l'art. 54, co. 3, del d.lgs.165 del 2001 prevede la responsabilità disciplinare per violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, ivi inclusi i doveri relativi all'attuazione del PTPCT.

Il codice nazionale inserisce, infatti, tra i doveri che i destinatari del codice sono tenuti a rispettare quello dell'osservanza delle prescrizioni del PTPCT (art. 8) e stabilisce che l'ufficio procedimenti disciplinari delle amministrazioni, tenuto a vigilare sull'applicazione dei codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni, deve conformare tale attività di vigilanza alle eventuali previsioni contenute nei PTPCT adottati dalle amministrazioni (art. 15, co. 1 e 3; cfr. § 16 delle Linee guida delibera 177 del 2020).

I piani e i codici, inoltre, sono trattati unitariamente sotto il profilo sanzionatorio nell'art. 19, co. 5, del d.l. n. 90 del 2014. In caso di mancata adozione, per entrambi, è prevista una stessa sanzione pecuniaria irrogata dall'ANAC.

In questa ottica è indispensabile che in fase di predisposizione del codice, Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sia supportato da altri soggetti dell'amministrazione per individuare le ricadute delle misure di prevenzione della corruzione in termini di doveri di comportamento.

E' opportuno valutare, infatti, se le principali misure siano o meno assistite da doveri di comportamento al fine di garantirne l'effettiva attuazione.

Resta fermo che i due strumenti - PTPCT e codici di comportamento - si muovono con effetti giuridici tra loro differenti.

Le misure declinate nel PTPCT sono, come sopra detto, di tipo oggettivo e incidono sull'organizzazione dell'amministrazione.

I doveri declinati nel codice di comportamento operano, invece, sul piano soggettivo in quanto sono rivolti a chi lavora nell'amministrazione ed incidono sul rapporto di lavoro del funzionario, con possibile irrogazione, tra l'altro, di sanzioni disciplinari in caso di violazione.

Per ciascuna delle misure proposte è necessario valutare se l'articolazione dei doveri di comportamento sia sufficiente a garantire il successo delle misure, ovvero se non sia necessario individuare ulteriori doveri, da assegnare a determinati uffici o categorie di uffici o a determinati dipendenti o categoria di dipendenti.

L'individuazione dei doveri integrativi persegue l'obiettivo di completare il quadro dei precetti, allo scopo di meglio conseguire gli obbiettivi.

In data 25 febbraio 2021 è stato avviato il procedimento istruttorio volto alla adozione del Nuovo Codice di Comportamento ai sensi della delibera ANAC citata.

Soggetti attuatori:

Referenti del Rischio corruttivo e Direttori /Responsabili delle unità operative.

Indicatori di risultato:

*I soggetti attuatori dovranno trasmettere la dichiarazione di cui al **modulo C** entro il 15 febbraio (per l'anno 2021 entro il 20 aprile).*

Misura 4: Obblighi informativi

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

Pertanto, i Responsabili di Struttura e i Referenti Anticorruzione devono curare la tempestiva trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutte le informazioni utili alla sua attività, tra cui, a titolo di esempio:

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o convenzionato o comunque operante presso l'A.S.P. per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- atti di contestazione di illeciti disciplinari e i relativi provvedimenti di applicazione della sanzione o di archiviazione e relative motivazioni;
- richieste stragiudiziali e azioni giudiziarie di risarcimento, escluse quelle inerenti la responsabilità medica, salvo che ricorra l'elemento soggettivo del dolo;
- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni o illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali o libero-professionali intra-moenia o nell'adozione dei relativi atti;
- richieste di assistenza legale per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- transazioni concluse o ancora in corso di definizione, con menzione dell'oggetto;
- adozione di provvedimenti di autotutela e i motivi posti a fondamento dei medesimi;
- richieste di chiarimenti della Corte dei Conti;
- rilievi del Collegio Sindacale;
- relazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- notizie relative ai cambiamenti organizzativi;
- segnalazioni da parte di dipendenti, personale convenzionato, collaboratori a qualsiasi titolo, utenti e cittadini relative a fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale o comunque rilevanti ai fini della valutazione del rischio corruttivo;
- segnalazioni/denunce alla Corte dei Conti e alla Procura della Repubblica da parte dell'A.S.P. nei confronti del personale dipendente, convenzionato o comunque operante presso l'A.S.P.;
- ogni altra informazione concernente i contenziosi - amministrativi, civili, inclusi quelli in materia di lavoro - definiti o pendenti, in cui l'A.S.P. di Ragusa sia parte ricorrente/attore o parte resistente/convenuta, con i motivi posti a fondamento della domanda, sintomatici di possibili aspetti patologici dell'azione amministrativa. Il mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa è valutabile ai fini della responsabilità disciplinare.

La UOC Risorse Umane, la UOC Affari Generali e l'UPD dovranno trasmettere al *Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza il report dei procedimenti penali e disciplinari.*

Soggetti attuatori:

Responsabili di Struttura, Referenti Anticorruzione, UOC *Risorse Umane*, UOC *Affari Generali*, UPD.

Indicatore di risultato:

Trasmissione, entro il 10 novembre, da parte di UOC Risorse Umane, UOC Affari Generali, UPD al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione dei dati previsti nel modulo D,, distinguendo fra personale del comparto e dirigenza.

Misura 5: Incarichi di Arbitrato

La Legge 190/2012 sancisce che le controversie sui diritti soggettivi derivanti dall'esecuzione dei contratti pubblici possono essere deferite ad arbitri previa autorizzazione motivata da parte dell'organo di governo dell'amministrazione e che in mancata di detta autorizzazione la clausola compromissoria o il ricorso all'arbitrato è nullo (art. 1 co. 19). La nomina degli arbitri per la risoluzione delle controversie nelle quali è parte una P.A. deve avvenire nel rispetto del D. Lgs 163 del 12 aprile 2006 e dei principi di pubblicità e di rotazione previste dai commi 22, 23, 24 dell'art.1 della legge 190/2012 che disciplinano anche i criteri di individuazione dei suddetti arbitri.

Soggetti attuatori:

Dipartimento Provveditorato

U.O.C. Legale

Tutte le articolazioni aziendali che attivano procedure di arbitrato

Indicatori di risultato:

Trasmissione al RPC, **entro il 30 novembre**, del report riepilogativo sugli incarichi di arbitrato affidati e sull'eventuale rotazione dei suddetti incarichi previsti nel **modulo E**.

Misura 6 :Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

Il P.T.P.C.T. prevede un meccanismo di controllo e di monitoraggio dei termini di conclusione dei procedimenti di cui all'articolo 1 comma 16 della legge n. 190/2012 attraverso un sistema di reportistica per consentire al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di monitorare costantemente l'andamento dei lavori e di intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

I Responsabili delle articolazioni aziendali individuano i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, anche parziale, e provvedono al monitoraggio periodico *almeno semestrale* del loro rispetto indicando i seguenti dati:

- a) numero di procedimenti conclusi nel semestre di riferimento;
- b) numero di procedimenti per i quali sono rispettati i termini;
- c) numero di procedimenti per i quali si è verificato un ritardo;
- d) ragioni che hanno determinato il ritardo;
- e) provvedimenti ed interventi correttivi adottati.

I Responsabili delle articolazioni aziendali, secondo la scadenza indicata nel Cronoprogramma allegato al presente Piano, provvedono all'invio del prospetto riguardante la tipologia dei procedimenti da pubblicare in "Amministrazione Trasparente" (Modulo d-1) entro il 20 gennaio di ogni anno o ogni volta subentrino variazioni e, inoltre, il prospetto dei termini di conclusione dei procedimenti di competenza (modulo d-2) , entro il 15 del mese successivo al semestre precedente di riferimento al Responsabile della Prevenzione della Corruzione per il monitoraggio.

Soggetti attuatori:

Referenti del Rischio corruttivo e Direttori /Responsabili delle unità operative.

Indicatori di risultato:

Invio al RPCT entro il 20 gennaio del **modulo F1** allegato al presente PTPC riportante la "Tipologia dei procedimenti" della struttura e pubblicazione in Amministrazione Trasparente.

Invio al RPCT entro il **15 ottobre** di un report di cui al **modulo F2** che deve riguardare i procedimenti amministrativi relativi al periodo **dal 1 ottobre 2020 al 30 settembre 2021**.

I Referenti per il rischio corruttivo trasmetteranno *con cadenza annuale (30 novembre)* al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza il modulo proprio con allegati i moduli debitamente compilati e sottoscritti di tutti i Direttori/Responsabili

Misura 7: Rotazione del personale

L'istituto della rotazione "ordinaria" è disciplinata dagli artt.1, co. 4, lett.e), co.5 lett. b), co. 10 lett. b) della L. 190/2012 quale misura rilevante di prevenzione della corruzione.

La rotazione del personale chiamato ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione rappresenta una misura organizzativa preventiva, finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti ed instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In particolare il citato comma 10 lett. b) dispone la verifica, d'intesa col dirigente competente, della *"effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione"*

L'allegato 2 del PNA 2019 definisce l'ambito soggettivo di applicazione della rotazione sia riguardo alla organizzazione che vede in primo piano le pubbliche amministrazioni, pur senza escludere gli altri enti, sia riguardo ai soggetti interessati che si identificano in tutti i pubblici dipendenti tenuto conto della lettura sistematica delle disposizioni normative, della finalità della norma e delle pregresse indicazioni dell'ANAC.

La rotazione ordinaria incontra vari **vincoli soggettivi** quali eventuali diritti individuali dei dipendenti legati ad una determinata sede (es. l. 104/92, congedo parentale, diritti sindacali) e **vincoli oggettivi** quali ad es. competenze professionali specifiche ad elevato contenuto soprattutto tecnico correlate al possesso di iscrizione ad albo specifico o abilitazione professionale (cd infungibilità). Le pubbliche amministrazioni devono favorire la formazione e l'affiancamento del responsabile di una determinata attività con altro operatore o la circolarità delle informazioni attraverso la trasparenza interna dell'attività.

L'ASP di Ragusa, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture, applica il principio di rotazione prevedendo che nei settori più esposti a rischio di corruzione, siano alternate le figure dei responsabili di procedimento nonché dei componenti delle commissioni di gara e di concorso.

Con deliberazione n.1987 del 19 ottobre 2018 si è data attuazione alla rotazione del personale tra i servizi amministrativi Risorse Umane e Provveditorato.

Il principio di rotazione è applicato ai Dirigenti e al personale del comparto che prestano servizio nelle Aree ove vengono gestiti i procedimenti e/o i processi più esposti a rischio di corruzione contraddistinti dai coefficienti totali di rischio alto e medio, meglio specificati prioritariamente ma non in via esclusiva, nel regolamento aziendale approvato con delibera n. 92 del 19 gennaio 2018

*La rotazione del suddetto personale sarà programmata dai Dirigenti apicali delle strutture **entro il 31 luglio di ogni anno per il personale del comparto ed entro il 30 settembre di ogni anno per i Dirigenti** dandone comunicazione alla Direzione Aziendale, al Responsabile della prevenzione della Corruzione e alla UOC Risorse Umane.*

I trasferimenti dei dipendenti, proposti dai suddetti Dirigenti apicali, saranno disposti dalla

Direzione Aziendale **entro il 30 novembre dell'anno di riferimento**, ove valutati favorevolmente da quest'ultima.

La rotazione deve interessare annualmente non più di un terzo del personale coinvolto nei processi medio alti delle aree ad alto rischio di cui all'art 3 del regolamento per la rotazione.

La rotazione del personale sarà attuata tenuto conto della maggiore anzianità di permanenza nell'attività dell'area individuata a rischio, fatto salvo il caso in cui via sia un unico dipendente avente un particolare profilo professionale nell'Ente.

Per i dipendenti per i quali non sia possibile disporre la rotazione **entro le date indicate**, il Dirigente apicale di struttura dovrà indicare le misure alternative di cui all'art.5 del regolamento aziendale per la rotazione del personale.

In ogni caso la rotazione deve essere garantita tenendo in considerazione i vincoli esplicitati dall'ANAC con Delibera 831 del 03/08/2016 e delibera 1064 2019 –PNA 2019.

La verifica sull'effettiva attuazione dei processi rotativi sarà effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, attraverso l'acquisizione di apposita attestazione check list , **modulo G** che dovrà essere resa da ciascun Dirigente apicale di struttura **entro il 31 ottobre**, in seno alla quale dovrà essere esplicitata la puntuale osservanza dei criteri sopra indicati. Resta ferma la possibilità, in capo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di effettuare controlli a campione e/o di intervenire in ogni modo a seguito di segnalate ed accertate violazioni dei predetti criteri.

Soggetti Attuatori: Referenti del Rischio corruttivo e Direttori /Responsabili delle unità operative.

Indicatori di risultato: Trasmissione **entro il 31 ottobre** da parte dei soggetti attuatori al Responsabile della Prevenzione della Corruzione l'acquisizione di apposita attestazione check list , **modulo G**, in seno alla quale dovrà essere esplicitata la puntuale osservanza dei criteri sopra indicati. Resta ferma la possibilità, in capo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di effettuare controlli a campione e/o di intervenire in ogni modo a seguito di segnalate ed accertate violazioni dei predetti criteri.

La rotazione cd. ordinaria si distingue dalla cd. **“rotazione straordinaria”** di cui all'art.6, o. 1 , lett. l-quater del D. lgs 30 marzo 2001 n. 165 (Testo unico sul pubblico impiego)che prevede la rotazione del personale nei casi di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva” assumendo, così, carattere non preventivo ma successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi.

CONFLITTO DI INTERESSI

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

Il concetto di conflitto di interesse va inteso nella sua accezione più ampia rilevando qualsiasi posizione che potenzialmente possa minare il corretto agire amministrativo e compromettere, anche in astratto, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale per cui comprende il conflitto di **interesse reale e concreto** previsto all'art. 7 e all'art. 14 del D.P.R. n. 62 del 2013, il **conflitto potenziale** che pur non tipizzato potrebbe interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici e inquinare l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale del potere pubblico e il **conflitto di interesse strutturale** discendente da posizioni ricoperte e funzioni attribuite

che potrebbero pregiudicare l'attività amministrativa per interessi personali o professionali derivanti dall'assunzione di un incarico, pur compatibile ai sensi del d. lgs. 39/2013.

La corretta gestione del conflitto di interessi attiene al principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 Cost. e la L. 190/2011 lo tratta con riferimento sia al personale interno dell'amministrazione/ente che a soggetti esterni destinatari di incarichi nelle amministrazioni/enti, attraverso diversi aspetti quali l'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi, le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico disciplinate dal d. lgs. 8 aprile 2013, n. 39, l'adozione dei codici di comportamento, il divieto di pantouflage, l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali, l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001.

Con specifico riferimento alle attività correlate ai Contratti Pubblici Le Linee Guida n. 15 approvate dall' Anac con delibera n. 494 del 5 giugno 2019 supportano le stazioni appaltanti riguardo la *"Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici"*.

Si tratta di una novità assoluta, la cui ratio va ricercata nella volontà di disciplinare il conflitto di interesse in un ambito particolarmente esposto al rischio di interferenze, a tutela del principio di concorrenza e del prestigio della Pubblica Amministrazione. La norma si inserisce nell'ambito della disciplina generale del conflitto di interesse, delineata dalle seguenti disposizioni: - articolo 6 bis l. 241/1990 - legge 190/2012 e d.lgs 39/2013; - artt. 3,6, 7, 13, 14 e 16 del d.P.R. 62/2013 - articolo 53, comma 14, d.lgs. 165/01 - articolo 78 d.lgs. 267/2000 disciplinando in maniera specifica il caso particolare in cui il conflitto di interesse insorga nell'ambito di una procedura di gara. Le suddette Linee guida si pongono i seguenti obiettivi:

- a. agevolare le stazioni appaltanti nell'attività di individuazione, prevenzione e risoluzione dei conflitti di interesse nelle procedure di gara favorendo la standardizzazione dei comportamenti e la diffusione delle buone pratiche;
- b. favorire la regolarità delle procedure di gara;
- c. garantire imparzialità, trasparenza, efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa;
- d. garantire i soggetti coinvolti nelle procedure dal rischio dell'assunzione di responsabilità;
- e. prevedere misure che evitino l'introduzione di oneri eccessivi per le s.a. e i soggetti chiamati a operare nelle procedure di affidamento di contratti pubblici.

Le fasi salienti del processo di approvvigionamento in ambito aziendale sono costituite dalla programmazione, dalla progettazione della gara, dalla scelta del contraente, dalla verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto e dalla sua esecuzione e rendicontazione

.Le attività connesse alle superiori fasi del processo, potrebbero presentare rischi di corruzione quali:
1-favorire la scelta nella programmazione e progettazione della gara, privilegiando la realizzazione di talune opere pubbliche da parte di un operatore rispetto a quelle di maggiore interesse ed utilità per l'Azienda;

2- favorire la nomina di un contraente che abbia interessi connessi al responsabile del procedimento o di chi partecipa al processo decisionale relativo;

3- alterazione e/o omissione dei controlli e delle verifiche, al fine di avvantaggiare un aggiudicatario privo dei requisiti, ovvero violare le regole poste a tutela della trasparenza della procedura, al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte dei soggetti esclusi o non aggiudicatari;

4-favorire l'attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti al fine di ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti; ovvero rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici e/o mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera;

5-operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici di questa Azienda, con particolare riferimento alle attività riguardanti gli appalti, finanziamenti pubblici, pagamenti fornitori, ecc..

Soggetti attuatori:

Direttore U.O.C. Progettazione e Manutenzioni;

Direttore U.O.C. Logistica e Servizi esternalizzati;

Direttore U.O.C. Provveditorato;

Direttori U.O.C. Coordinamenti Amministrativi dei PP.OO limitatamente agli acquisti infra 40.000 euro.

Dirigenti Amministrativi e Tecnici, il personale del comparto afferente al ruolo amministrativo e tecnico che partecipa a qualsiasi titolo alle varie fasi del processo;

Indicatori di risultato:

I soggetti attuatori procederanno a compilare apposita check-list contenente tutte le informazioni fondamentali relative alle varie fasi del processo (contratto) entro il 30 settembre di ogni anno, inviando il report riepilogativo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Svolgimento incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali

Con l'entrata in vigore della L.190/2012 è stato modificato l'art.53 del D. lgs n.165/2001 prevedendosi nuovi e diversi adempimenti in materia di conferimento e autorizzazione allo svolgimento da parte di dipendenti pubblici di incarichi extra istituzionali sia a titolo gratuito che con retribuzione. L'ASP di Ragusa, pertanto, fa sì che a tutto il personale dipendente, sia con rapporto di lavoro parziale che a tempo indeterminato, si applichi il "Regolamento aziendale in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali". Tale regolamento prevede:

- incarichi, gratuiti e retribuiti (art.53, comma 6 D. lgs165/2001), che necessitano di comunicazione preventiva;
- modalità di richiesta e criteri di valutazione;
- regime sanzionatorio;

Misura 8: Astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi

Ai sensi dell'art.6 bis della L.241/1990 introdotto dall'art. 1, co. 41, della l. 190/2021 ed ai sensi del DPR 62/2013, , dell' articolo 42 del d.lgs. 50/2016 (conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni).

I dipendenti dell'ASP di Ragusa sono tenuti a comunicare tempestivamente al Direttore/Responsabile dell'ufficio di appartenenza ovvero, laddove si tratti di Dirigenti apicali, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'Azienda, le ragioni che possono comportare un conflitto d'interesse per le conseguenti determinazioni. L'obbligo di astensione è in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endo-procedimentali e ad assumere il provvedimento finale.

L'art. 6 del DPR 16 aprile 2013, n. 62 prevede, inoltre, per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto della assegnazione all'ufficio, i rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti. La comunicazione riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado. L'art. 7 del citato DPR recita: *"Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi*

parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza”.

L'ANAC raccomanda alle amministrazioni di individuare all'interno del PTPCT una specifica procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi, potenziale o reale.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, suggerisce di prevedere nel piano le seguenti attività:

1. acquisizione e conservazione delle **dichiarazioni di insussistenza** di situazioni di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a responsabile unico del procedimento;
2. **monitoraggio** della situazione, attraverso l'aggiornamento, con cadenza periodica della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, ricordando con cadenza periodica a tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate;
3. **esemplificazione di alcune casistiche** ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi (ad esempio situazioni di conflitto di interessi dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni di gara);
4. chiara **individuazione dei soggetti** che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali situazioni di conflitto di interessi dichiarate dal personale (ad esempio, il responsabile dell'ufficio nei confronti del diretto subordinato);
5. chiara **individuazione dei soggetti** che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai dirigenti, dai vertici amministrativi e politici, dai consulenti o altre posizioni della struttura organizzativa dell'amministrazione;
6. predisposizione di appositi moduli per agevolare la presentazione tempestiva di dichiarazione di conflitto di interesse;
7. sensibilizzazione di tutto il personale al rispetto di quanto previsto in materia dalla l. 241 /1990 e dal codice di comportamento.

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

Il responsabile di riferimento verifica l'effettiva sussistenza delle condizioni che determinano l'obbligo di astensione, e adotta i conseguenti provvedimenti di competenza. L'astensione deve essere annotata nella pratica e deve esserne data comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione che provvede alla tenuta di relativo archivio.

La disposizione, già emanata con direttiva aziendale prot. U- 0003825 del 18.10.2016 si applica:

- a tutto il personale dipendente con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e a tempo determinato;
- a tutto il personale dipendente di altre pubbliche amministrazioni, acquisito in comando o distacco;
- a tutto il personale che opera in azienda con altre forme di lavoro flessibile.

Ai Referenti, ai sensi dell'art.1 comma 9, lett. e della Legge 190/2012, spetta il compito di monitorare i rapporti fra l'Amministrazione ed i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'Amministrazione. Detta attività dovrà essere riportata dai Referenti nella relazione annuale di monitoraggio del Piano.

I Referenti delle UU.OO.CC. interessate da tali rapporti sottopongono ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni, ai fornitori e ditte appaltatrici, dichiarazione sottoscritta di assenza di conflitto di interesse, predisposta all'uopo. In caso di incarichi di consulenza e collaborazione, comunque denominati, l'ufficio conferente provvederà ad effettuare apposita verifica circa la insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

Infine i Professionisti, tanto dell'area sanitaria quanto di quella amministrativa, nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione di risorse e processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie nonché sperimentazione e sponsorizzazione, devono rendere conoscibili le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli, presentando apposite dichiarazioni.

Qualora sorga l'obbligo di astensione il dipendente e il soggetto di altre categorie dianzi citate deve astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o a svolgere attività e deve darne comunicazione (cfr. modulo di comunicazione allegato H-1 al PTPC vigente) al proprio dirigente e, per conoscenza, al dirigente della macrostruttura di appartenenza, entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza. Qualora l'obbligo di astensione sorga a carico di un dirigente, questi deve comunicarlo secondo la predetta tempistica al dirigente della struttura di appartenenza, per conoscenza al dirigente della macrostruttura di appartenenza e al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione Aziendale. Il Dirigente esamina le circostanze e valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Il dirigente destinatario della segnalazione deve rispondere per iscritto (cfr. modulo di comunicazione allegato H-2 al PTPC vigente) al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. I provvedimenti relativi alle astensioni sono custoditi dalla U.O.C. Risorse Umane e comunicati per conoscenza al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione. La mancata presentazione della richiesta di astensione - nel caso in cui sorga tale obbligo - costituisce violazione dei doveri del pubblico dipendente, oltre a costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

Soggetti Attuatori:

Tutti i dipendenti, Referenti del Rischio corruttivo e Direttori /Responsabili delle unità operative e UOC Risorse Umane che provvede in apposito registro protocollo interno, alla raccolta e alla conservazione delle dichiarazioni acquisite e custodia in archivio dei provvedimenti relativi alle astensioni (modelli D ed E).

Indicatori di risultato:

Report di cui al Modulo H-3 dell' UOC Risorse Umane da trasmettere entro il 20 del mese successivo al semestre di riferimento al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione .

Misura 8: Comunicazione interessi finanziari, conflitti d'interesse e obbligo di astensione

Tutti i dipendenti in servizio presso l'ASP devono presentare apposita autocertificazione (**modulo I-1**), al Responsabile del Dipartimento o Unità Operativa Complessa o Unità Operativa Semplice/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero di appartenenza, **entro il 28 febbraio di ogni anno** e ogni volta in cui vi sia una modifica della situazione precedentemente dichiarata. I Direttori dei Dipartimenti, i Direttori dei Distretti Sanitari e Amministrativi dei PP.OO., nonché i Direttori di vertice presenteranno la suddetta dichiarazione alla UOC Risorse Umane per i successivi adempimenti.

Soggetti attuatori

Referenti del Rischio corruttivo e Direttori /Responsabili delle unità operative, UOC Risorse Umane.

Indicatori di risultato:

I soggetti attuatori **entro il 30 novembre di ogni anno** devono inviare al RPC un report ove venga attestata l'avvenuto controllo e verifica delle autocertificazioni di cui all' **allegato F del PTPC vigente**, nonché l'elenco contenente i nominativi dei dipendenti a cui i controlli si riferiscono.

Misura 9: dichiarazione pubblica di interessi gestione risorse farmaci, dispositivi altre tecnologie, sperimentazione e sponsorizzazione

Tutti i professionisti appartenenti all'area sanitaria ed amministrativa riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e della prevenzione della corruzione e sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse, indipendentemente dall'incarico ricoperto, nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, devono presentare **entro il 28 febbraio di ogni anno**, salvo eventuali sopravvenute esigenze di aggiornamento, apposita dichiarazione di sussistenza o insussistenza di interessi in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013 (**modulo I-2**). Sono tenuti alla suddetta compilazione anche tutti i dipendenti che pur non essendo responsabili di struttura svolgono una funzione che incide sull'acquisto di un prodotto/tecnologia, **con esclusione, in fase di prima applicazione, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta**. La suddetta dichiarazione va presentata al Direttore/Responsabile di Struttura di appartenenza **entro il 28 febbraio di ogni anno** e ogni volta in cui vi sia una modifica della situazione precedentemente dichiarata entro tre giorni dalla modifica stessa.

Riguardo alle sponsorizzazioni a eventi formativi esterni, con deliberazione n.1114 del 05 giugno 2018, l'Azienda ha adottato il Regolamento sulla partecipazione dei singoli dipendenti ad eventi formativi esterni all'Azienda con spese a carico di soggetti terzi.

La finalità del regolamento è di assicurare che la sponsorizzazione avvenga in maniera trasparente, secondo criteri di pari opportunità, imparzialità e rotazione, al fine di prevenire l'insorgenza di conflitto di interesse reale o potenziale.

Soggetti attuatori:

Referenti del Rischio corruttivo e Direttori /Responsabili delle unità operative.

Indicatori di risultato: I soggetti attuatori inviano **entro il 30 novembre di ogni anno** al RPC un report attestante l'avvenuta presentazione del **modulo I-2**.

Misura : 10 Inconferibilità

Ai sensi dell'art.1 c.2 lett. g) del D.Lgs. n.39/2013 per "inconferibilità" si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal presente decreto a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale,

a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico. Le situazioni di inconferibilità sono previste nei Capi II, III e IV del D.Lgs.n.39/2013. Ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n.39/2013 lettere c) ed e), a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, non possono essere attribuiti:

a) gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, comunque denominati, nelle pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico di livello nazionale, regionale e locale;

b) gli incarichi di Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo nelle aziende sanitarie locali del servizio sanitario nazionale. Ai sensi dell'art.41 del d.lgs. 33/2013 così come integrato dal D.Lgs 97/2016 comma 2: "Le aziende sanitarie ed ospedaliere 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, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento". Al comma 3: "alla Dirigenza Sanitaria di cui al comma 2, fatta eccezione per i responsabili di strutture semplici, si applicano gli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 15. Per attività professionali, ai sensi del comma 1, lettera c) dell'articolo 15, si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario". L'ANAC con delibera n. 833 del 3/8/2016 in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi, anche al fine di valutare potenziali conflitti d'interesse ha evidenziato la necessità da parte delle Amministrazioni di accettare solo la dichiarazione alla quale venga allegata l'elencazione di tutti gli incarichi ricoperti e/o attività svolte dal soggetto che si vuole nominare, nonché delle eventuali condanne da questo subite per i reati commessi contro la pubblica amministrazione. A quel punto sarà onere dell'amministrazione conferente, sulla base della fedele elencazione degli incarichi ricoperti, o attività svolte effettuare le necessarie verifiche circa la sussistenza di una causa di inconferibilità o di incompatibilità riguardo le dichiarazioni rese al momento del conferimento dell'incarico (**modulo L**). Sono tenuti a presentare la modulistica il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Responsabile di Dipartimento, il Responsabile di Struttura Semplice, il Responsabile di Struttura Complessa, il Direttore dei servizi socio sanitari (dove previsto), i Dirigenti amministrativi, i Capi uffici di diretta collaborazione, le Posizioni organizzative con deleghe o funzioni dirigenziali, tutti dirigenti esterni ed interni, dirigenti professionali (consulenti, collaboratori, esperti). Costoro in ordine alla comunicazione della situazione di inconferibilità, devono produrre alla Direzione Generale o Organo Conferente, all'atto della nomina e prima del provvedimento definitivo di conferimento dell'incarico, per il successivo inoltro al Dipartimento Risorse Umane, S.O. e AA.GG. apposita autocertificazione (cfr. modulo allegato G) al fine di garantire i dovuti controlli preventivamente alla definizione del provvedimento finale di conferimento dell'incarico e della sottoscrizione del relativo contratto di lavoro (Delibera 833 del 3/8/2016 ANAC). L'obiettivo è di prevenire ex ante i casi di inconferibilità ed incompatibilità, atti ad inficiare l'imparzialità della Pubblica Amministrazione.

Soggetti attuatori: UOC Risorse Umane per i controlli sulle autocertificazioni.

Indicatori di risultato: I soggetti attuatori **entro il 30 novembre di ogni anno** devono inviare al RPC un report ove venga attestato l'avvenuto controllo e verifica delle autocertificazioni di cui al **modulo L**, nonché l'elenco contenente i nominativi dei dipendenti a cui i controlli si riferiscono.

Misura 11: Incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni

Ai sensi del D.lgs. n. 39/2013 per “incompatibilità” si intende “l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 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”. A differenza della inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell’interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro. Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua una contestazione all’interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall’incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art.19 D. Lgs. n. 39/2013).

L’Azienda verifica la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del citato decreto n.39 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi. Il controllo deve essere effettuato sia all’atto del conferimento dell’incarico, sia annualmente e su richiesta nel corso del rapporto. A tal fine, il Direttore della UOC Risorse Umane è tenuto ad assicurare che:

- negli interpelli per l’attribuzione degli incarichi siano espressamente inserite le cause di incompatibilità;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all’atto del conferimento dell’incarico e nel corso del rapporto (con cadenza annuale fissata preferibilmente nel mese di gennaio di ogni anno). La dichiarazione sostitutiva sull’insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell’Azienda (art. 20 D.lgs. n.39/2013).

Soggetti attuatori

Referenti del rischio corruttivo e Direttori/Responsabili di Struttura- UOC Risorse Umane per i controlli sulle autocertificazioni

Indicatori di risultato

*I soggetti attuatori **entro il 30 novembre di ogni anno** devono inviare al RPC un report ove venga attestata l’avvenuto controllo e verifica delle autocertificazioni **di cui all’ allegato M del PTPC vigente**, nonché l’elenco contenente i nominativi dei dipendenti a cui i controlli si riferiscono.*

Misura 12: Formazione

Il Piano annuale di Formazione, in questi anni, ha previsto un percorso obbligatorio e formativo per la prevenzione della corruzione definito d’intesa tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, il Responsabile della Formazione e la Direzione Strategica pro tempore. L’attività formativa, avviata negli anni 2017 e 2018, normativamente prescritta, come puntualmente richiamato nel PNA, è stata strutturata su due livelli: livello generale rivolto a tutti i dipendenti, che deve riguardare l’aggiornamento delle competenze delle varie professionalità e le tematiche dell’etica e della legalità, quelle dell’attuazione ed osservanza dei Codici di Comportamento, nazionale ed aziendale, nonché l’aggiornamento del Piano; livello specifico rivolto al Responsabile della prevenzione in uno al suo staff, ai Referenti e agli operatori addetti alle aree a rischio che essenzialmente, deve riguardare gli strumenti concretamente utilizzabili per un’efficace prevenzione e rilevazione. Si fa quindi rinvio alla “Procedura per la selezione e formazione dei

dipendenti che operano nei settori a rischio corruzione", adottata con delibera n. 2088 del 15 settembre 2016, utilmente notificata a tutti i Referenti anticorruzione, i quali annualmente o con altra periodicità eventualmente fissata, trasmetteranno al Responsabile della prevenzione l'elenco nominativo del personale da inserire nel programma formativo. Nell'anno 2017 e 2018 sono stati effettuati moduli, *in house*, di livello specialistico rivolti a Referenti Anticorruzione, Responsabili di struttura e funzionari operanti nelle c.d. aree a rischio. Sempre negli anni 2017/2018/2019, si è proseguito il programma di formazione triennale di livello generale, in modalità FAD on line che ha riguardato il personale diviso in tre gruppi di circa 1200 dipendenti cadauno che attraverso un processo di richiamo per coloro che non avevano potuto ottemperare all'obbligo formativo, è stato completato il 30.06.2020. Con nota prot. n. 28/RPCT del 13 ottobre 2020 inviata alla Direzione Strategica e al Responsabile della Formazione, è stata evidenziata la necessità di programmare e realizzare ulteriori corsi di formazione in tematiche specialistiche (conflitti di interesse, antiriciclaggio, pantouflage). Dette tematiche sono state dettagliatamente elencate con successiva relazione n. prot. 54/RPCT del 30 dicembre 2020 RPCT alla Direzione strategica e al Responsabile della Formazione. Così, il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020/2022 ha previsto un percorso di formazione, in continuità, di tutti gli operatori aziendali quale strumento necessario sia per la crescita professionale che, soprattutto, per il rafforzamento della cultura anti-corruzione finalizzato al miglioramento del contesto organizzativo. In considerazione del protrarsi dell'emergenza COVID19 che ha impedito la formazione in presenza, è stata autorizzata la formazione obbligatoria in e- learning sulla *corretta applicazione della normativa vigente in materia di prevenzione della corruzione* offerta dall'Istituto Italiano Anticorruzione con delibera n. 2930 del 27 novembre 2020. Nella fase preliminare alla predisposizione del nuovo PPCT 2021- 2023 la cui scadenza prevista per il 31 gennaio 2020 è stata prorogata al 31 marzo 2020 come da comunicato ANAC, si è data priorità nell'ordine di inserimento del programma di formazione alle "Prime Linee" alla predisposizione del PTPCT, mediante una corretta gestione del rischio, come novata dal PNA 2019 il quale pone in evidenza il ruolo centrale dei Dirigenti/Responsabili nella predisposizione di una mappatura dei rischi aderente alla realtà aziendale e al contesto organizzativo dei singoli ambiti. Il Corso in e- learning, rivolto in prima istanza ai Direttori/Responsabili, e ad oggi in itinere, tratta i seguenti temi attraverso dei filmati (tre) relativi a:

Piano Nazionale 2019 - contenuti ed aggiornamenti

;La gestione del rischio (corruzione) e l'approccio basato sulla valutazione dei processi aziendali (risk processes based approach);

Identificazione del rischio - Progettazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione - Monitoraggio e Riesame del PTPCT.

I Direttori/Responsabili hanno potuto (e possono tutt'oggi) seguire il corso accedendo alla piattaforma, on line dal 20 gennaio 2021- cui seguiranno appena possibile degli incontri per valutare l'apprendimento. Inoltre, detta formazione sarà estesa al restante personale essendo gli argomenti trattati di interesse generale.

Soggetti attuatori: Referenti rischio corruttivo e direttori/Responsabili di struttura, Responsabile della U.O. Formazione

Indicatore di risultato: Trasmissione di apposita *check list (modulo N)* entro il 30 ottobre di ogni anno.

Misura 13: Patto di integrità

I Patti di integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario alla partecipazione ad una gara d'appalto. Il patto di integrità è quindi un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni qualora qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo.

Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, in coerenza con le determinazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, l'ASP di Ragusa con deliberazione n. 1036 del 5 maggio 2016 ha adottato il documento denominato "*Patto di Integrità*", pubblicato nella sezione *Altri Contenuti – Corruzione* del sito istituzionale.

Delle eventuali violazioni del patto d'integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione.

In qualsiasi procedura negoziata per la fornitura di beni/servizi e per l'esecuzione di lavori (anche di valore inferiore a € 40.000,00) si dovrà procedere a fare sottoscrivere, a pena di esclusione, alle Ditte partecipanti, il Patto di Integrità secondo il modello allegato "N" al PTPC vigente; il detto modello debitamente sottoscritto dovrà essere presentato – a pena di esclusione – in uno alla documentazione necessaria per la partecipazione alla procedura negoziata. Il detto modello successivamente dovrà essere altresì sottoscritto dal Direttore/Responsabile della Struttura che curala procedura di fornitura. Negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito dovrà essere inserita la clausola che il mancato rispetto del patto d'integrità sottoscritto dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. La mancata previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito della predetta clausola di salvaguardia, e/o la mancata verifica della sottoscrizione del Patto d'Integrità costituiscono violazioni dei doveri del pubblico dipendente. Soggetti attuatori Dirigenti che eseguono le procedura negoziata per la fornitura di beni/servizi e per l'esecuzione di lavori (anche inferiore a 40.000,00). Indicatore di risultato: Invio al RPC da parte dei soggetti attuatori di un Report attestante per ciascuna procedura negoziata l'avvenuta somministrazione **del modulo O** con l'indicazione della ditta entro il 31 ottobre di ogni anno.

Soggetti attuatori: Referenti rischio corruttivo e direttori/Responsabile di struttura che si occupano di procedura negoziata per la fornitura di beni/servizi e per l'esecuzione di lavori.

Indicatore di risultato: Trasmissione di apposita *check list (modulo N)* entro il 31 ottobre di ogni anno al RPCT.

Misura 14: Rapporti fra l'amministrazione e i soggetti aventi rilevanza economica

L'art.27 del vigente PTPC disciplina il monitoraggio dei rapporti fra l'amministrazione e i soggetti con i quali ha rapporti aventi rilevanza economica. I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono a monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori. Il suddetto monitoraggio deve partire dalle aree ad alto rischio e con riguardo ad alcuni particolari processi (procedure negoziate, affidamenti diretti varianti in corso di esecuzione, subappalto, proroghe prosecuzioni rapporti contrattuali, autorizzazioni sanitarie e o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazioni concessioni rilasciate dal dipartimento di prevenzione, trasporti emodializzati con mezzi degli enti in convenzione con l'ASP, valutazioni medico-legali, pagamento fornitori, emissioni di mandato/incasso e reversali).

/ Responsabili delle strutture interessate e i dirigenti e i dipendenti assegnatari delle pratiche rientranti nelle suddette materie attestano, nel provvedimento di competenza, l'insussistenza di relazioni di parentela o affinità con i destinatari /beneficiari del provvedimento medesimo.

Nell'ipotesi di conflitto d'interesse, dovranno essere attivati i meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della Legge n.241/90 e succ. m. e i. e richiamati nel vigente Codice Etico Comportamentale dell'A.S.P.

Soggetti Attuatori : Referenti rischio corruttivo e direttori/Responsabili di struttura

Indicatore di risultato: Report attestante l'esito delle verifiche effettuate anche se negative. Report attestante i nominativi dei dipendenti (Dirigenti e Responsabili del procedimento/istruttoria) che hanno prodotto il **modulo P** , integrato dalla dichiarazione sulla insussistenza o meno di rapporti di parentela o affinità e i nominativi dei soggetti esterni a cui è stato somministrato il modello di dichiarazione sostitutiva. **Termine di attuazione: 31.10.2021 relativo al periodo dal 1 ottobre 2020 al 30 settembre 2021**

Misura 14 bis : **Rapporti contrattuali con privati accreditati** Con specifico riferimento ai rapporti contrattuali con privati accreditati è necessario regolamentare l'attività di controllo effettuata a livello distrettuale nell'ambito della specialistica ambulatoriale e a garantire e verificare che le attività oggetto di contratto si svolgano conformemente alle regole specifiche generali e di settore. Si dovrà, pertanto, provvedere ad attivare o implementare con procedura formale i percorsi operativi sull'attività di vigilanza e controllo distrettuale e sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni ambulatoriali" con determinazione quantitativa e qualitativa dei controlli pianificati, check list di verifica e relativa scheda di monitoraggio, ispirati ai principi di:-Trasparenza: attraverso la pianificazione dell'attività di controllo e la vigilanza della funzione e il ritorno informativo delle risultanze dei controlli;- Omogeneità: le regole, gli strumenti e la metodologia applicata per lo svolgimento dei controlli devono essere uniformi, omogenei ed unici su tutto il territorio aziendale;-Imparzialità: garantire la neutralità nello svolgimento dei controlli;- Oggettività: ridurre al minimo gli elementi di discrezionalità nella metodologia e nello svolgimento dei controlli;- Legalità: certezza delle "regole del gioco" e degli esiti legati a determinati eventi- Responsabilità: deve essere prevista la responsabilizzazione dei diversi attori del sistema.

Soggetti attuatori: I Direttori dei Distretti Sanitari , U.O.C. Assistenza di Base e Specialistica.

.Indicatori di risultato: I soggetti attuatori redigono il regolamento/manuale di avvio o di implementazione dei percorsi operativi entro il **30 giugno 2021** e inviano, **entro il 31 ottobre di ogni anno**, al RPC una **check list (modulo P-1)** relativa al monitoraggio sulle attività di vigilanza e controllo distrettuale e sulle modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali (periodo di riferimento: primi tre trimestri dell'anno in corso).

Misura 14 tris: **Attività riguardanti l'ambito farmaceutico, dispositivi e altre tecnologie di ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni**

Il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi.

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla

gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio. Tuttavia, la peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione. In tal senso, oltre alle misure di carattere generale relative all'intero ciclo degli acquisti, costituiscono misure specifiche:

- la gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte;
- l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione. Quest'ultima misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente, consentirebbe la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse. Per quanto attiene la prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, eventi rischiosi possono riguardare:
 - l'abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale;
 - omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria.

Soggetti Attuatori: Il Direttore Farmacia Ospedaliera e Direttore Farmacia Territoriale

Indicatori di risultato: Invio al RPC, **entro il 30 settembre di ogni anno**, di un report , **modulo Q**, utile ad individuare le eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco paziente, sia in ambito ospedaliero che extra-ospedaliero.

Misura 15: Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)

La legge n.190/2012 ha introdotto il comma 16-ter nell'ambito dell'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001, volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose e sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui vantaggioso presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma quindi prevede una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti. In particolare la disposizione stabilisce che "i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli....." Al fine di garantire il rispetto della delineata normativa, si dispone quanto segue: nei contratti di assunzione del personale sarà inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa, autonoma o subordinata) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente; si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.lgs. n. 165 del 2001; sia disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto (a).

In merito, si dà atto dell'emanazione della Direttiva aziendale con n. prot. E-0002158 del 7 giugno 2016 inoltrata, per la conseguente presa d'atto ed attuazione di competenza, ai Direttori delle unità operative complesse Risorse Umane, Provveditorato, e Servizio Tecnico-Patrimoniale.

*Nei contratti di assunzione del personale a tempo indeterminato deve essere inserita la clausola (cfr. **allegato R**) che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati e/o di contratti conclusi e/o attività svolte negli ambiti cui al precedente c. 2, ove il dipendente sia stato il responsabile del procedimento e/o RUP e/o incaricato dei controlli-verifiche e/o dirigente della Unità Operativa competente per materia. Nei bandi di gara, anche mediante procedura negoziata, nei contratti/convenzioni con le strutture private accreditate, deve essere inserita (cfr. **allegato R-1**) la condizione soggettiva di non aver concluso e impegnarsi a non concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito e impegnarsi a non attribuire incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato per le attività di cui al precedente periodo nei loro confronti, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; e deve altresì essere disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la detta situazione. partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.*

Soggetti Attuatori: Referenti rischio corruttivo e direttori/Responsabili di struttura

Indicatori di risultato:1. *L'attuazione degli accertamenti diretti alla verifica del rispetto della suddetta normativa, acquisendo dalle strutture esterne apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio dalla quale risulti che gli ex dipendenti interessati alle suddette attività non svolgano attività lavorativa presso le medesime strutture esterne. - Report attestante l'esito delle verifiche effettuate anche se negative e riportante n. contratti con clausola/ n. contratti stipulati da presentare al RPCT entro il 31.ottobre relativamente al periodo dal 1 ottobre dell'anno precedente al 30 settembre.*

Misura 16: Esercizio dell'attività libero professionale

Per quest'area specifica è necessario implementare il processo di gestione del rischio con riferimento sia alla fase autorizzatoria che a quella dello svolgimento effettivo dell'attività libero professionale, nel rispetto del regolamento aziendale. Per quanto attiene alla fase autorizzatoria è necessario, oltre la preventiva verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI, anche il controllo sulle dichiarazioni sostitutive prodotte dai professionisti, al fine del rilascio della autorizzazione. In merito alla verifica del corretto svolgimento dell'ALPI, viene predisposta apposita check list quale ulteriore misura finalizzata alla verifica della corretta applicazione del regolamento aziendale sulle modalità organizzative dell'attività libero-professionale intramuraria (deliberazione n.208 del 26. 09.2014).

L'attività di controllo posta in essere con l'applicazione delle check list è diretta alla verifica delle sottoelencate azioni:

-verifica sul sistema di prenotazione da parte del CUP (gestione delle prenotazioni in relazione alle distinte agende fornite dal Dirigente autorizzato con le modalità stabilite dall'Azienda in merito a disciplina, luogo di svolgimento, giorni, orari, tipologia delle prestazioni e tariffe) e verifica sulle timbrature con codice dedicato effettuate dal Dirigente autorizzato nelle giornate in cui effettua prestazioni in ALPI;

-verifica sull'attività di riscossione;

-verifica del rispetto delle procedure amministrative previste dal regolamento aziendale (controllo mensile sul corretto equilibrio fra attività istituzionale ed attività resa in ALPI e controllo mensile sulle prestazioni rese e fatturate).

Soggetti Attuatori: Referenti del rischio corruttivo, Direttori dei Distretti Sanitari, i Direttori Medici dei PP.OO., UOC Risorse Umane . Essi dovranno compilare apposita check list, i cui indicatori si riportano di seguito:

1. n° controlli sulle autocertificazioni rese dai professionisti ai fini del rilascio delle autorizzazioni / n° totale delle autocertificazioni rese = 100%

2. n° check list compilate per ogni provvedimento di liquidazione adottato / n° di provvedimenti di liquidazione adottati

3. Produzione e sottoscrizione di una attestazione ove venga rilevata, a seguito dei controlli effettuati la assenza di criticità ovvero l'indicazione delle criticità rilevate a seguito delle sotto indicate tipologie di verifiche:

-verifica sul sistema di prenotazione da parte del CUP (gestione delle prenotazioni in relazione alle distinte agende fornite dal Dirigente autorizzato con le modalità stabilite dall'Azienda in merito a disciplina, luogo di svolgimento, giorni, orari, tipologia delle prestazioni e tariffe) e verifica sulle timbrature con codice dedicato effettuate dal Dirigente autorizzato nelle giornate in cui effettua prestazioni in ALPI;

- verifica sull'attività di riscossione;

- verifica del rispetto delle procedure amministrative previste dal regolamento aziendale (controllo mensile sul corretto equilibrio fra attività istituzionale ed attività resa in ALPI e controllo mensile sulle prestazioni rese e fatturate).

Indicatori di risultato: Invio al RPC di un report anche se negativo entro il **5 ottobre** di ogni anno, che attesti l'effettivo controllo sulle autocertificazioni rese dai Professionisti, nonché l'avvenuta compilazione delle check list (**modulo S**)

Misura 17 : Procedure riguardanti incarichi e nomine

Questa Azienda mediante il PTPC vigente intende dare attuazione a tutte le possibili misure di trasparenza ulteriori a quelle già previste dall'art. 41, del d.lgs. 33/2013 così come modificato dal D.lgs 97/2016. Infatti, a prescindere dal ruolo, dalla qualifica e dal settore di riferimento, l'Azienda intende dare evidenza ai processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico, al fine di garantire la tutela ed il perseguimento del pubblico interesse. Quanto sopra atteso che l'ambito delle attività relative al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generali".

Nel settore sanitario il "rischio" è connesso:

-alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza

-alla mancata e/o carente osservanza dei criteri di imparzialità

- all'uso distorto della discrezionalità.

Il conferimento degli incarichi è una delle dirette prerogative del Direttore Generale in cui si misura in maniera più evidente la capacità e l'integrità manageriale e l'adeguatezza degli strumenti dallo stesso utilizzati al fine di assicurare la corretta programmazione, pianificazione e valutazione del valore delle risorse umane e professionali e, conseguentemente, dell'organizzazione dei servizi. L'ANAC, con l'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione e con Determinazione n.833

del 3 agosto 2016, ha approfondito l'ambito relativo al conferimento di incarichi dirigenziali di livello intermedio, quelli di struttura complessa e gli incarichi ai professionisti esterni, esemplificandone rischi e relative misure

Soggetti Attuatori: UOC Risorse Umane

Indicatori di risultato: Invio al RPC, **entro il 30 settembre di ogni anno**, di un report **modulo T** ove vengono evidenziate le ipotesi di rischio, le misure previste ed i risultati raggiunti.

Misura 18 : Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

Le Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero rappresentano un ambito particolarmente sensibile al rischio di corruzione, così come evidenziato nella determinazione ANAC n.12 del 2015 e n.831 del 2016. Nelle more di un auspicabile approfondimento, anche in sede legislativa, delle problematiche correlate a questa delicata fase collegata al decesso intraospedaliero occorre nel frattempo assicurare, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, la più appropriata modalità di gestione. Per quanto concerne gli eventi rischiosi che possono verificarsi, si indicano, ad esempio, la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario). Appare evidente che le misure, sia nel caso di gestione externalizzata che internalizzata, devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

A titolo esemplificativo, una possibile misura rivolta agli operatori interni è costituita dalla rotazione del personale direttamente interessato e dall'adozione di specifiche regole di condotta all'interno dei codici di comportamento, come ad esempio, obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio. Per gli operatori esterni, una possibile misura è costituita dal monitoraggio dei costi e tempi di assegnazione (anche al fine di riscontrare eventuali proroghe ripetute e/o una eccessiva concentrazione verso una stessa impresa o gruppo di imprese) del servizio di camere mortuarie.

Soggetti Attuatori:

I Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri (per analogia si estende ai Direttori Sanitari di Distretto per le RSA)

Indicatori di risultato: Il Direttore Medico di ogni Presidio Ospedaliero dovrà operare, in collaborazione con i Direttori delle UU.OO. interessate, una verifica **entro il 31 luglio di ogni anno** su un campione di almeno il 10% delle cartelle cliniche relative alle dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari verificandosi nell'arco del precedente anno. A seguito di dette verifiche, dovranno essere posti in essere i conseguenti interventi correttivi, comunicando al contempo eventuali irregolarità penalmente rilevanti alla Autorità Giudiziaria e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Misura 19 : Gestione liste di attesa

Quando l'alterazione delle liste di attesa provoca un differimento "volontario" dei tempi di erogazione di prestazioni a più elevato indice di priorità con conseguenti ripercussioni sullo stato di salute del paziente destinatario di tali prestazioni, bisogna attuare tutte le misure atte a potenziare le azioni di ispezione, vigilanza e di controllo dei processi che riguardano ad esempio:- la

informatizzazione delle liste di attesa;- l'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia;- l'aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;-la verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione;-la definizione di tempistiche per l'esecuzione dell'intero procedimento;-la previsione di requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive;- la rotazione degli ispettori; la definizione di procedure per l'esecuzione delle attività ispettive come la definizione di un modello standard di verbale omogeneo. Tali misure consentiranno il contenimento del rischio risultante da comportamenti di “maladministration” e la riduzione o eliminazione delle cause che possono condurre all'errore umano o alla cattiva gestione.

.Soggetti Attuatori: *I Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri/Direttori sanitari di Distretto*

Indicatori di risultato: *Trasmissione al RPC al 31 ottobre di ogni anno di un report modulo U sottoscritto attestante gli esiti delle verifiche svolte, previa acquisizione dei relativi dati da parte delle Direzioni Mediche dei PP.OO., dando evidenza ad eventuali criticità rilevate con particolare riferimento alle seguenti tipologie di verifiche da eseguire:*

- verifica del rafforzamento della trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (diagnostiche e terapeutiche), avuto riguardo del trattamento dei dati sensibili Dlgs33/2013 e ss.mm.ii ;*
- verifica della corretta informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione delle aziende sanitarie;*
- verifica della separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionali e attività libero professionale intramoenia (ALPI);*
- verifica della unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP) su base almeno provinciale, facilmente accessibile (es. call center, sportelli aziendali, rete delle farmacie, ecc.) con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene la prima visita e i follow up successivi;*
- verifica dell'utilizzo delle classi di priorità clinica per l'accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa (specificando se si tratta di prima visita o controllo).*
- verifica dell'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale e dell'aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;*
- verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione;*
- verifica delle tempistiche per l'esecuzione dell'intero procedimento;*
- definizione di procedure per l'esecuzione delle attività ispettive come la definizione di un modello standard di verbale omogeneo.*

Misura 20 : Trasparenza

Il PNA 2019 descrive la nozione di “trasparenza” prevista dal d. lgs 33/2013 recante “*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*”, come modificato dal d.lgs. 97/2016 come “*accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo di risorse pubbliche*”.

Il Consiglio di Stato ha riconosciuto la funzione della trasparenza quale strumento per una azione amministrativa più efficace e conforme ai canoni costituzionali e quale espressione del valore democratico della funzione amministrativa.

Inoltre, la stessa Corte Costituzionale ha dichiarato che i principi di pubblicità e trasparenza trovano fondamento nell'art. 1 Cost. (principio democratico) e nell'art. 97 Cost. (principio del buon funzionamento dell'amministrazione) riconoscendo che la L. 190/2012 ha fatto assurgere la trasparenza amministrativa anche al *rango di principio-argine alla diffusione di fenomeni corruttivi*. Così, la trasparenza costituisce presupposto per realizzare una buona amministrazione ma anche strumento per prevenire la corruzione, promuovere l'integrità e la cultura della legalità nella attività pubblica per cui, ai sensi e per gli effetti di cui al novellato art. 10 del D. Lgs. n.33/2013 l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non è oggetto di un separato atto, costituendo invece parte integrante del presente Piano, quale apposita "sezione".

In tal senso, ulteriore misura di trasparenza a fini corruttivi è rappresentata dalla figura del RASA, ovvero del Responsabile dell'Anagrafe Unica della Stazione Appaltante, individuato nel Dirigente a tempo determinato Dott. Angelo Costa, giusta deliberazione n. 2557 del 9 novembre 2016, il quale curerà la compilazione e l'aggiornamento dei dati dell'anagrafe dell'A.S.P., in attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE 3e 2014/25/UE.

Indicatori di risultato: Dichiarazione dei Dirigenti soggetti all'obbligo di pubblicazione di cui alla Sezione Trasparenza (**modulo V**) allegato al presente Piano.

Misura 21 : Whistleblowing: la segnalazione di illeciti da parte del dipendente

Il dipendente che riferisce al proprio superiore gerarchico condotte, di cui abbia saputo in ragione del rapporto di lavoro, che possono presumersi come illecite non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia. Si applica la normativa, ai sensi della L.190/2012, con le necessarie forme di tutela, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia accertata e fondata.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione aziendale raccoglie le informazioni scritte, via email e/o lettera. Le segnalazioni anonime potrebbero non essere prese in considerazione.

Le segnalazioni formulate dai dipendenti che ritenute fondate, saranno elemento di valutazione positiva da parte del Direttore Generale dell'ASP di Ragusa, fermo restando quelle che sono le norme generali regolanti la privacy.

Misura 22 : Gestione delle entrate e delle spese

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare rischi di corruzione quali:

- ☐ *liquidare fattura senza adeguata verifica della prestazione;*
- ☐ *sovrappagare o pagare prestazioni non svolte;*
- ☐ *effettuare registrazioni in bilancio non corrette o non veritiere;*
- ☐ *effettuare pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture.*

Risulta necessario mettere in atto misure che garantiscano la tracciabilità e la trasparenza dei flussi contabili e finanziari, al fine di agevolare la verifica ed il controllo sulla correttezza della gestione contabile-patrimoniale delle risorse e di prevenire operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici di questa Azienda.

Soggetti attuatori:

- *Il Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico;*
- *il Direttore dell'UOC Contabilità Generale e Gestione Tesoreria;*
- *il Direttore della UOC Bilancio e Programmazione;*

- tutti i Responsabili/Direttori delle UU.OO. Aziendali che avviano ed autorizzano il processo di liquidazione utilizzando il sistema contabile informatizzato C4H.

Indicatori di risultato:

Trasmissione check-list **modulo Z** di monitoraggio al Responsabile Aziendale per la Prevenzione della Corruzione **con scadenza 30 settembre di ogni anno**.

Misura 23: Gestione del patrimonio

Ai sensi dell'Art 30 del .DLgs n. 33/2013 le pubbliche amministrazioni sono tenute, ai fini della trasparenza, alla pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili posseduti e di quelli detenuti, nonché dei canoni di locazione/occupazione o di affitto versati o percepiti. La determinazione n. 831 del 3 agosto 2016 dell'ANAC ha evidenziato che è possibile prefigurare ependibili eventi rischiosi riconducibili alla valorizzazione del patrimonio da alienare e alle procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione (o anche dal loro mancato utilizzo o messa a rendita). Non è da trascurare anche il rischio del progressivo deterioramento del ben econ conseguenziale riduzione del valore commerciale dello stesso. In altri termini, se parte de lpatrimonio non viene direttamente utilizzato per finalità proprie, è auspicabile prevedere forme dimessa a reddito di tale patrimonio (ad es. attraverso la cessione o la locazione).

Soggetti attuatori: UOC Economico-Finanziari e Patrimoniale.

Indicatori di risultato: Invio al RPC da parte del soggetto attuatore di un report dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti dalle amministrazioni, **entro il 30 settembre di ogni anno**, ivi comprese le informazioni riguardanti:

- a) il patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro, nell'ambito di piani di sviluppo aziendali: tipo, dimensione, localizzazione, valore;
- b) revisione ed aggiornamento del regolamento aziendale.

Entro il suddetto termine la UOC Economico-Finanziari e Patrimoniale dovrà provvedere alla redazione di un piano di utilizzo del patrimonio non destinato ai fini istituzionali.

Misure ulteriori di trattamento

La prevenzione della corruzione può essere favorita attraverso *Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile* e la promozione di politiche atte a far emergere casi di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi.

E', quindi, fondamentale la partecipazione dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza e, soprattutto, la definizione delle azioni di sensibilizzazione mirate a creare quel dialogo esterno, tra l'ASP di Ragusa e gli utenti, in grado di implementare il rapporto di fiducia e l'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti rimasti privi di attenzione.

Attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) si possono raccogliere eventuali segnalazioni da parte di utenti.

Si organizza annualmente una giornata di promozione della trasparenza e della anticorruzione. Unitamente alle misure obbligatorie, dettate dalla L.190/2012, nel presente Piano vengono previste ulteriori strategie di prevenzione del rischio corruzione:

- Il divieto per tutti i dipendenti di accettare per sé o per altri regali salvo quelli d'uso o di modico valore (art. 9 Codice Etico e di Comportamento).
- Introduzione della *dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti esterni*, della *dichiarazione degli interessi di carattere finanziario*, della *dichiarazione di partecipazione dei*

professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi, della dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi e del modulo per la notifica dei doni ricevuti.

- Valutazione della performance. Con delibera n. 212 del 1° febbraio 2021 è stato approvato, ai sensi dell'art. 10 del D. lgs. 150/09 e s.m.i. e in attuazione degli artt. 7 e 19 bis come modificati dal D. lgs. 74/2017 del DPR 9 maggio 2016, n. 105 il Piano aziendale della Performance 2021/2023 che prevede un sistema di misurazione della dirigenza anche sulla base di obiettivi in tema di prevenzione di anticorruzione e maggiore rispetto della legalità quale strumento supplementare per l'implementazione dei principi di trasparenza ed integrità. Al fine di ottimizzare la produttività del lavoro pubblico e garantire l'efficienza e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni, si dispone altresì che gli obblighi specificati nel presente Piano nonché l'osservanza dei divieti, costituiranno obiettivi generali e comportamentali per tutti i dipendenti, dirigenti compresi, ed incideranno nella valutazione della performance ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 recante modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124.

La necessità di coordinare gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza emerge chiaramente sia dal d.lgs. 33/2013, art. 44, sia dalla legge 190/2012, art. 1, co. 8-bis, introdotto dal d.lgs. 97/2016, ove si ribadisce che gli OIV hanno il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPC e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico - gestionale e che la valutazione della performance tiene conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Con riferimento allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*revolving doors*):

a) l'inserimento nei contratti di assunzione della clausola che prevede il divieto, per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda, di prestare attività lavorativa o professionale presso i soggetti destinatari dell'attività svolta dalla pubblica amministrazione attraverso i medesimi poteri, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego.

b) Il rilascio di una nota, al momento della cessazione, ai dipendenti che negli ultimi tre anni hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, che li informi dell'obbligo di non svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati o contratti conclusi con il proprio datore di lavoro.

c) L'Azienda come organizzazione ed i singoli operatori assumono il principio dell'appropriatezza come base per l'erogazione dei servizi al cittadino, soprattutto nella prescrizione e nel consumo di farmaci, presidi e simili. In futuro, l'Azienda programma di fare confluire questo tema nella formazione dei dipendenti

Con riferimento alle attività classificate ad "Alto" rischio ai sensi del presente Piano, i Responsabili delle articolazioni aziendali cui le stesse afferiscono, verificano la rispondenza e, all'occorrenza, adottano/adeguano le procedure di formazione, attuazione e controllo delle decisioni da utilizzare nell'ambito dei processi/attività "sensibili" afferenti la propria struttura, alle previsioni del presente Piano e ai seguenti principi generali:

- a. segregazione delle responsabilità e dei compiti e previsione di adeguati livelli autorizzativi, allo scopo di evitare sovrapposizioni funzionali o allocazioni operative che concentrino le attività critiche su un unico soggetto;
- b) tracciabilità dei processi e delle responsabilità, attraverso un adeguato supporto documentale (cartaceo e/o informatico) che consenta in qualunque momento la verifica del processo stesso in termini di congruità, coerenza, responsabilità e rispetto della normativa;
- c) assegnazione dei compiti e funzioni in coerenza con le competenze, i poteri e le responsabilità inerenti la qualifica posseduta e il profilo professionale di appartenenza;
- d) legalità, in forza del quale gli atti e le attività devono essere posti in essere nel più rigoroso rispetto delle norme di legge, dei regolamenti, delle procedure aziendali;
- e) rispetto dell'ordine cronologico nella trattazione delle pratiche, fatti salvi i casi di urgenza che devono essere espressamente richiamati nel provvedimento.

I moduli citati saranno pubblicati in: *“Amministrazione Trasparente- Altri Contenuti Prevenzione della Corruzione”*

Il Monitoraggio

Il monitoraggio rappresenta la fase conclusiva del processo di gestione del rischio. Attraverso la verifica della corretta attuazione, la valutazione delle misure e la segnalazione di rischi ulteriori sarà possibile assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione.

Concorrono a garantire l'azione di monitoraggio, oltre al RPCT, i Referenti Anticorruzione, i Responsabili delle strutture aziendali, limitatamente ai processi gestiti dalle unità organizzative cui sono preposti, l'OIV, nell'ambito dei propri compiti di vigilanza.

Referenti e Dirigenti, per le parti di rispettiva competenza, hanno la responsabilità primaria nell'assicurare il monitoraggio (monitoraggio continuo e riesame periodico) sull'effettiva attuazione delle misure previste nel Piano e sulla sua idoneità. Il monitoraggio di primo livello è attuato in autovalutazione da parte dei referenti o dei responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Il Responsabile di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione delle misure.

Al fine di verificare il sistema di controllo aziendale, ciascun Referente anticorruzione dovrà inoltrare al Responsabile prevenzione della corruzione, entro il 30 novembre di ogni annualità presa in considerazione dal presente Piano, una relazione nella quale attesta la corretta applicazione delle misure e il rispetto dei termini di implementazione, e fornisce una valutazione sull'efficacia delle misure individuate, nonché considerazioni sulle modalità con le quali è stato effettuato il monitoraggio e tracciati i controlli o su eventuali rischi ulteriori evidenziati.

Nell'effettuare l'attività di monitoraggio sull'effettiva attuazione o sullo stato di implementazione delle misure atte a prevenire il rischio di corruzione, il Referente indica anche le eventuali nuove misure necessarie ad incrementare l'azione preventiva dandone informazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

L'attività di supervisione e di monitoraggio del Referente anticorruzione si basa su verifiche circa il rispetto degli indicatori e la corretta applicazione delle misure e garantisce le attività di propria competenza. Il monitoraggio di secondo livello, ossia la verifica della osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTCPT da parte delle varie unità organizzative, è effettuato dal RPCT coadiuvato da una struttura di supporto e/o dagli altri organi con funzioni di controllo interno.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, per il quale si richiamano i compiti istituzionali previsti dall'art.1, commi 7/8/9/10/14 della L.190/2012 (come da allegato 2 alla delibera ANAC 1074/18), al fine di valutare la funzionalità e l'effettiva operatività delle misure individuate si impegna ad effettuare, attraverso audit interni:

- la verifica a campione (statistico o ragionato?) di alcuni processi e delle attestazioni espresse dai responsabili;
- il monitoraggio sul rispetto degli obiettivi assegnati e sulla corretta implementazione di misure ritenute prioritarie.
- Al fine di agevolare il controllo, si può ricorrere a sistemi informatizzati o spazi digitali condivisi (come le intranet) dove far confluire tutti i documenti che formalizzano le misure.
-

Oltre a vigilare sull'attuazione delle misure previste, il Responsabile della prevenzione della corruzione può, in qualsiasi momento:

- richiedere alle strutture dati e documenti relativi a determinate attività;
- effettuare controlli a campione di natura documentale e, in casi di particolare rilevanza, anche mediante sopralluoghi e verifiche presso le strutture competenti.

Il riesame comprende tutti gli aspetti del processo di gestione del rischio allo scopo di:

- assicurare che i controlli siano efficaci ed efficienti sia nella progettazione sia nell'operatività;
- ottenere ulteriori informazioni per migliorare la valutazione del rischio;
- analizzare ed apprendere dagli eventi, cambiamenti, tendenze e fallimenti;
- identificare i rischi emergenti.

Le Responsabilità

Responsabilità del Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 19, comma 5, lett.b), del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni nella legge 114/2014, nei casi di omessa adozione, da parte del soggetto obbligato, dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, dei Programmi Triennali di Trasparenza e dei Codici di Comportamento, l'ANAC applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a €.10.000,00.

Responsabilità del Responsabile della Prevenzione

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile sono previste consistenti responsabilità in caso di inadempimento.

In particolare:

- ai sensi dell'art. 1, comma 8, della legge 190/2012, *“la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale”*;
- ai sensi dell'art. 1, comma 12, della legge 190/2012, il Responsabile della Prevenzione *“In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, risponde ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:*
 - *di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;*
 - *di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del Piano”*.

La responsabilità è esclusa ove l'inadempimento degli obblighi posti a suo carico sia dipeso da causa non imputabile al Responsabile della Prevenzione.

Responsabilità dei dipendenti

Con riferimento alle rispettive competenze, la violazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di collaborazione ed informazione e segnalazione previste dal presente Piano e nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e delle regole di condotta previste nei Codici di Comportamento da parte dei dipendenti dell'Azienda è fonte di responsabilità disciplinare, alla quale si aggiunge, per i dirigenti, la responsabilità dirigenziale.

I Referenti Anticorruzione, i Responsabili di struttura e i Dirigenti sono altresì responsabili in caso di inadempimento degli obblighi di controllo e vigilanza posti a loro carico dal presente Piano e dai Codici di Comportamento.

Alle violazioni di natura disciplinare si applicano, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, le sanzioni previste dai CC.NN.LL. e nei regolamenti aziendali.

Il procedimento di applicazione delle sanzioni, così come disciplinato dal d.lgs. 165/2001 e dai citati regolamenti aziendali, garantisce il rispetto dei principi del contraddittorio e del diritto di difesa.

L'irrogazione di una sanzione disciplinare rileva:

- ai fini del conferimento di incarichi aggiuntivi e/o dei provvedimenti in materia di
- svolgimento di incarichi o attività extra-istituzionali;
- ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato/produttività collettiva, per la parte correlata alla valutazione della performance individuale.

Ai predetti fini, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari comunica i provvedimenti di applicazione delle sanzioni disciplinari alle strutture competenti all'adozione dei provvedimenti nelle suddette materie.

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di comportamento aziendale applicabili al personale convenzionato, ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'A.S.P. o in nome e per conto della stessa sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.

E' fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento siano derivati danni all'Azienda, anche sotto il profilo reputazionale.

CRONOPROGRAMMA ANNO 2021 2023

Tempistica	Attività	Soggetto competente
21 gennaio (21 marzo per l'anno 2021)	Trasmissione bozza P.T.P.C.T. Al Direttore Generale	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>
31 gennaio (31 marzo per l'anno 2021)	Delibera Adozione P.T.P.C.	<i>Direttore Generale</i>
Prima data utile di pubblicazione P.T.P.C.T.	Pubblicazione in Amm.ne trasparente Comunicazione Assess.to Salute avvenuta adozione P.T.P.C.	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione Direttore Generale</i>
15 febbraio (20 aprile per l'anno 2021)	Attestazione di avvenuta conoscenza del Piano da parte di tutti i Direttori di struttura dipartimentali e/o complesse	<i>Responsabile prevenzione corruzione</i>
15 febbraio (20 aprile per l'anno 2021)	Attestazione di avvenuta notifica del Codice di Comportamento a tutti i Dipendenti e altri soggetti interessati da parte di tutti i Direttori di struttura dipartimentali e/o complesse.	<i>Referenti gestione rischio corruttivo e Direttori/Responsabili di strutture</i>
28 febbraio	Dichiarazione pubblica di interessi in gestione farmaci, dispositivi e altre tecnologie, sperimentazioni e sponsorizzazioni	<i>Tutto il personale interessato</i>
30 aprile	Ricognizione bisogni formativi in tema di anticorruzione e trasparenza	<i>Responsabili UU.OO.CC.</i>
31 Maggio	Avvio operazioni di mappatura del rischio per eventuale aggiornamento/implementazione	<i>RPCT Referenti rischio corruttivo Responsabili struttura</i>
31 luglio	Report di verifica attività conseguenti al decesso intra-ospedaliero o in RSA	<i>Direttore di Presidio Ospedaliero o Direttore sanitario di Distretto</i>
15 ottobre	Primo monitoraggio sull'attuazione ed efficacia del P.T.P.C.	<i>RPCT Referenti rischio corruttivo Responsabili UU.OO.CC.</i>
30 giugno 2020	Monitoraggio rispetto termini procedimenti	<i>Responsabili UU.OO.CC.</i>
15 luglio e 15 gennaio dell'anno successivo	Attestazione rispetto adempimenti PTCPT dei <i>Direttori/Responsabili strutture ai referenti del rischio corruttivo</i>	<i>Direttori/Responsabili strutture</i>
30 settembre 2020	Monitoraggio rotazione incarichi	<i>Responsabile prevenzione corruzione</i>

30 settembre 2020	Trasmissione check list di monitoraggio della gestione delle entrate e delle spese al RPCT	<i>UOC Economico Finanziario e Patrimoniale</i>
30 settembre 2020	Trasmissione report della gestione del patrimonio al RPCT	<i>UOC Economico Finanziario e Patrimoniale</i>
30 settembre 2020	Report su procedure incarichi e nomine	<i>UOC Risorse Umane</i>
30 settembre	Monitoraggio conflitto di interessi	<i>UOC Risorse Umane/Referenti rischio corruttivo/</i>
5 ottobre	Report verifiche effettuate sulla attività libero professionale	<i>UOC Risorse Umane/Referenti rischio corruttivo sanitari</i>
15 ottobre	Primo monitoraggio sull' attuazione ed efficacia del P.T.P.C.	<i>RPCT Referenti rischio corruttivo Responsabili UU.OO.CC</i>
31 ottobre	Monitoraggio rispetto termini procedimenti	<i>Responsabili UU.OO.CC</i>
31 ottobre	Verifica stesura Patto di integrità	<i>Referenti gestione rischio corruttivo e Direttori/Responsabili di strutture</i>
31 ottobre	Report esiti verifica gestione liste di attesa	<i>Direttore di Presidio Ospedaliero o Direttore sanitario di Distretto</i>
31 ottobre	Report verifiche su attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	<i>Referenti gestione rischio corruttivo e Direttori/Responsabili di strutture</i>
31 ottobre	Report verifiche dei rapporti fra l'Amministrazione e i soggetti aventi rilevanza economica	<i>Referenti gestione rischio corruttivo e Direttori/Responsabili di strutture</i>
31 ottobre	Monitoraggio formazione	<i>Referenti gestione rischio corruttivo e Direttori/Responsabili di strutture, Servizio Formazione</i>
31 ottobre 2020	Monitoraggio rotazione incarichi	<i>Referenti gestione rischio corruttivo e Direttori/Responsabili di strutture</i>
10 novembre	Obblighi informativi	<i>Direttori/Responsabili strutture/Referenti rischio corruttivo</i>
30 novembre	Report incarichi di arbitrato	<i>Tutte le articolazioni aziendali che attivano procedure di arbitrato</i>
30 novembre	Monitoraggio su responsabilità penali o disciplinari legate ad eventi corruttivi	<i>Risorse Umane/ UPD</i>

30 novembre	Dichiarazione pubblica di interessi in gestione farmaci, dispositivi e altre tecnologie, sperimentazioni e sponsorizzazioni	<i>Referenti gestione rischio corruttivo e Direttori/Responsabili di strutture</i>
30 novembre	Monitoraggio accertamento dichiarazioni inconferibilità e incompatibilità	<i>Responsabile U.O.C. Risorse Umane</i>
30 novembre 2020	Secondo monitoraggio stato di attuazione ed efficacia P.T.P.C.	<i>Referenti Anticorruzione e RPCT</i>

Disposizioni finali

Per quanto non espressamente contenuto nel presente Piano si rinvia ai Piani preesistenti, permanentemente pubblicati sul sito istituzionale nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione *"Altri contenuti-Anticorruzione"*, nonché alle norme di legge previste in materia.

L'Azienda provvederà alla revisione del Piano qualora si rendessero necessarie successive modifiche ed integrazioni, stante il processo di riorganizzazione tuttora in corso e, comunque, annualmente. Infine, il Piano potrà essere oggetto di aggiornamento anche sulla base dell'esperienza che si maturerà nel corso della sua applicazione, al fine di realizzare compiutamente strategie di più efficace contrasto ai fenomeni di corruzione e di illegalità.

Sarà cura dei Responsabili delle articolazioni aziendali far conoscere il presente Piano e tutte le successive modifiche dello stesso a tutto il personale ad essi assegnato. I suddetti Responsabili, ai quali la normativa vigente in materia attribuisce obblighi di collaborazione, monitoraggio e di azione diretta nell'ambito della prevenzione della corruzione, dovranno comunicare al Responsabile della prevenzione l'effettiva conoscenza del Piano da parte di tutto il personale ad essi assegnato, anche attraverso la relazione annualmente predisposta.

Si rammenta che tutto il personale dell'Azienda è tenuto al puntuale rispetto del presente Piano, costituendo la eventuale violazione delle misure di prevenzione qui previste una fattispecie di illecito disciplinare, sanzionabile secondo quanto previsto dalla legge e dai CC.CC.NN.LL.

Il presente Piano, una volta formalmente adottato con atto dell'Azienda, verrà pubblicato sul sito nella sottosezione *"Altri contenuti-Anticorruzione"*.

G) SEZIONE TRASPARENZA

Premessa

Costituisce parte integrante del presente documento il “Programma triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2021-2023”.

L’Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa (di seguito ASP) redige il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione P.T.P.C. 2018-2020, secondo il disposto del D.Lgs. n.33/2013 così come modificato da D.Lgs. n.97/2016 e dalla deliberazione A.N.A.C. n.130 del 28/12/2016 per garantire un adeguato livello di trasparenza della propria attività e per assicurare la qualità delle informazioni riportate sul sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

Le azioni previste dal presente documento rispettano le disposizioni contenute nel decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) laddove si dispone che *“il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali e della dignità dell’interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all’identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali”*.

In particolare, nella definizione delle modalità di pubblicazione dei dati, l’ASP tiene conto:

- a) delle disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003) e del Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali n. 243 del 15 maggio 2014 (*“Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”* - Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 134 del 12 giugno 2014).

- b) delle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013 (artt. 6 e 7) come modificato dal D.Lgs. n.97/2016;

- c) delle indicazioni riportate nelle “Linee, guida per i siti web della P.A.” adottate ai sensi della Direttiva n. 8/2009 del Ministro per la Pubblica Amministrazione;

- d) della tipologia dei servizi erogati, dell’assetto organizzativo dell’ASP e della tipologia degli utenti di riferimento.

Nella presente sezione sono definite le misure, i modi e le iniziative volte all’adempimento degli obblighi di pubblicazione ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici/servizi dell’ASP.

Alla luce di quanto sopra esposto, l’Azienda nel proseguire l’attività intrapresa negli anni precedenti, vuole porsi in un’ottica di costante implementazione e di ulteriore miglioramento, nell’intento di assicurare un’accessibilità totale delle informazioni, al fine di :

- assicurare ai cittadini un’adeguata e puntuale informazione dei servizi resi;
- garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l’integrità e la legalità del suo operato allo scopo di fare emergere, e, di conseguenza, eliminare possibili attività che denotino una cattiva gestione da parte dell’Azienda stessa;
- consentire il controllo diffuso sulla performance aziendale.

Disposizioni normative in materia di trasparenza

La determinazione n. 1310/2016 dell’A.N.A.C., stabilisce che il Programma per la Trasparenza deve essere considerato una sezione del Piano di Prevenzione della Corruzione, e, dovrà indicare non solo gli obblighi generali di pubblicazione di cui al D.Lgs. n.33/2013, così come modificato dal

D.Lgs. n.97/2016 ma anche le misure di trasparenza individuate come misure di prevenzione della corruzione.

Tra le modifiche di maggior rilievo apportate del D.Lgs.97/2016, rientrano il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione tra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della Trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie nonché l'attribuzione all'ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

Obiettivi strategici in materia di trasparenza e raccordo con il Piano della Performance

Elemento centrale della trasparenza è la pubblicazione di determinate tipologie di dati e informazioni sul sito internet istituzionale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa www.asp.rg.it

E' obiettivo dell'ASP monitorare con cadenza annuale le attività inerenti la sezione Amministrazione Trasparente attraverso le seguenti modalità:

comunicazioni, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (es. posta elettronica);

qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento.

Altro obiettivo è costituito da un maggiore coinvolgimento degli stakeholder per l'individuazione e gestione delle esigenze di trasparenza, nonché dal collegamento con la programmazione strategica definita nel Piano della Performance.

Inoltre, ulteriore obiettivo è quello di migliorare la fruibilità da parte degli utenti delle informazioni di "Amministrazione Trasparente" attraverso il regolare intervento di personale informatico dedicato indispensabile anche per favorire la corretta alimentazione dei dati da parte dei dirigenti responsabili che rappresenta presupposto indispensabile di omogeneità e chiarezza.

La sezione Trasparenza del Programma Triennale di Prevenzione della Corruzione P.T.P.C. 2021-2023, rappresenta infatti uno degli aspetti fondamentali della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della performance e permette di rendere pubblici agli stakeholder di riferimento, i programmi delle attività dell'ASP, il loro stato di attuazione e i risultati conseguiti, al fine di agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini.

Il concetto di trasparenza è anche direttamente correlato al concetto di performance ed il collegamento tra il ciclo della performance e trasparenza, integrità nonché il Codice di comportamento e il P.T.P.C., rappresenta un elemento fondamentale per operare in modo eticamente corretto, perseguire obiettivi gestionali di efficacia ed economicità.

Ne consegue che la trasparenza viene assicurata, non soltanto sotto il profilo "statico" di pubblicità dei dati così come previsto dalla legge, ma anche sotto il profilo "dinamico" direttamente correlato alla performance che nell'ottica di un controllo diffuso, consenta un "miglioramento" dei servizi erogati dall'ASP.

L'intero insieme dei percorsi evidenziati per l'attuazione ed implementazione del PTPC viene inserito sotto forma di obiettivi nel Piano della Performance nella duplice considerazione della:

- performance organizzativa (art. 8 d.lgs. n. 150/2009) con particolare riferimento all'attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione nonché alla misurazione dell'effettivo grado di realizzazione dei medesimi nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti; allo sviluppo quali e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso forme di partecipazione e collaborazione al fine di stabilire quali risultati migliorativi riceve il rapporto con l'utenza dall'attuazione delle misure di prevenzione;

- performance individuale (art.9 d.lgs. n.150/2009) ove verranno inseriti, ai sensi dell'art. 10 del citato decreto, nel Piano della Performance gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori nonché ai dirigenti apicali delle unità operative aziendali; nel sistema di misurazione e valutazione della performance ai sensi dell'art. 7 del medesimo decreto, gli obiettivi, individuali e/o di gruppo, assegnati al personale che opera nei settori esposti alla corruzione.

Accesso Generalizzato

Con il D.Lgs.97/2016 l'accesso è più esteso rispetto al dettato precedente in quanto prevede che ogni cittadino possa accedere senza alcuna motivazione ai dati in possesso della pubblica amministrazione.

Più precisamente l'esercizio del diritto di accesso generalizzato, a differenza del diritto di accesso della Legge 241/1990, non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non richiede motivazione e non prevede limite del controllo generalizzato.

A seguito di istanza, il procedimento di accesso deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta (30) giorni (non è ammesso il silenzio diniego) e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso devono essere motivati con riferimento ai casi e ai limiti stabiliti. Spetta all'amministrazione, di conseguenza, provare l'esistenza di motivazioni che impediscono di soddisfare l'istanza.

Il rilascio dei dati e dei documenti è gratuito ad eccezione dei costi di riproduzione. L'Azienda, con deliberazione n. 1467 del 25/05/2017, ha adottato apposito regolamento del nuovo diritto di accesso, pubblicato nel sito istituzionale.

Iniziative di comunicazione della Trasparenza

L'ASP si propone, facilitando la reperibilità e l'uso delle informazioni contenute nel sito aziendale, di garantire la trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità attraverso la condivisione e la partecipazione ai processi aziendali dei cittadini, delle associazioni dei consumatori e degli stakeholder, così da ottenere feedback necessari ad eliminare la distanza tra i cittadini e l'ASP stessa.

A tal fine l'ASP si avvale dei seguenti strumenti:

posta elettronica aziendale, cui l'utente potrà fare chiedere chiarimenti e inoltrare osservazioni o richieste;

-Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) che mette a disposizione degli utenti appositi strumenti (modulistica disponibile sul portale WEB sezione "Amministrazione Trasparente") per l'inoltro dei reclami;

-Accesso civico e Accesso generalizzato: è stato adottato con deliberazione n. 1467 del 25/05/2017 il Regolamento Accesso civico e Accesso generalizzato corredato da apposita modulistica ed è stato pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente sotto-sezione livello 1 "Atti generali", sotto-sezione livello 2 "Regolamenti";

-organizzazione della Giornata della Trasparenza.

L'aggiornamento della sezione "Amministrazione Trasparente" sul portale web dell'ASP è assicurato in coerenza con quanto previsto dalle Delibere dell'ANAC dal sistema di verifica denominato "Bussola della Trasparenza".

La rilevanza di una corretta gestione del link e di un puntuale monitoraggio sugli adempimenti di trasparenza da parte di tutti i Dirigenti obbligati richiede l'assegnazione di personale qualificato per

la gestione del sito che renda agevole l'attività di verifica richiesta dalle norme di riferimento, a supporto del Responsabile della Trasparenza che si identifica nella ASP di Ragusa con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

E' ambizione e volontà dell'Azienda affrontare anche nel 2021, con spirito di servizio e collaborazione con tutti gli operatori interni ed i cittadini, le nuove sfide per il miglioramento dei servizi erogati.

Giornata della Trasparenza

L'ASP organizza ogni anno una "Giornata della Trasparenza" allo scopo di presentare le informazioni di maggiore interesse per gli utenti e stimolare il loro coinvolgimento nell'attività dell'Azienda stessa al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

In data 03.12.2019 è stata organizzata la Giornata della Trasparenza sul tema "Presentazione dell'Atto Aziendale al Comitato Consultivo Aziendale".

Allegati

In attuazione delle Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016, in allegato si riporta:

Allegato 1 - Elenco dei Dirigenti coinvolti nel processo di attuazione della trasparenza per la pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente e individuati quali *referenti*;

Allegato 2 - Tabella degli Obiettivi per l'anno 2021.

Allegato 3 - Attuale e nuova struttura dell'elenco degli obblighi di pubblicazione.

Responsabili della pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente.

Direttori di struttura complessa o Responsabili di Struttura semplice e Referenti del rischio corruttivo

Referenti del rischio corruttivo

Affari Generali	Avv. Giovanni Tolomeo
Servizio Provveditorato	Dr. Pasquale Amendolagine
Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Dr. Massimo Cicero
Servizio Tecnico	Ing. Gaetano Cilia
Settore Informatico	Dr. Massimo Iacono
Prevenzione e Protezione	Dr. Giuseppe Smecca
Controllo di Gestione e SIL	Dr. Riccardo Giammanco
Area Staff - Qualità, Rischio Clinico, Accreditamento	Dr. Giovanni Ruta
Area Staff - Formazione	Dr. Guastella Salvatore
Area Staff - Comunicazione, Urp	Dr. Giuseppe Savà
Servizio Legale	Avv. Danilo Vallone
Psicologia	Dr. Vito D'Amanti
Farmacia Ospedaliera	Dr.ssa Rita Badagliacca
Farmacia Territoriale	D.ssa Sabrina Arena
Direzione Sanitaria Ragusa	Dr. Giuseppe Cappello
Direzione Sanitaria Vittoria	Dr. Giuseppe Drago
Direzione Sanitaria Modica	Dr. Pietro Bonomo
Direzione Amministrativa Ospedali Ragusa	Dr.ssa Gabriella Merlino
Direzione Amministrativa OO.RR. Vittoria-Comiso	Dott.ssa Antonina Giacalone
Direzione Amministrativa OO.RR. Modica-Scicli	Dr. Lorenzo Aprile
Distretto 1 Ragusa	Dr. Giovanni Ragusa
Distretto 2 Vittoria - Comiso	Dr. Giovanni Di Giacomo
Servizio Assistenza Sanitaria di Base	Dr.ssa Carmela La Terra
Servizio Assistenza Specialistica	Dr.ssa Carmela La Terra
Medicina Legale	Dott. Giuseppe Bonomo
Direzione dipartimento prevenzione sanità umana	Dr. Francesco Blangiardi
LSP - Laboratorio di Sanità Pubblica	Dr. Salvatore Fazzino
SPRESAL - Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	Dr. Paolo Ravalli
Sanità Animale	Dott. Giorgio Blandino
Dipendenze Patologiche	Dr. Giuseppe Mustile
Neuropsichiatria infantile	Dr. Giuseppe Morando
Psichiatria/SPDC 1 Ragusa-Vittoria	Dr. Antonio Virzi
Psichiatria/SPDC 2 Modica-Scicli	Dr. Onofrio Falletta

OBIETTIVI 2021

	Descrizione obiettivo	Soggetti coinvolti	Tempi	Indicatori
1	Aggiornamento della Sezione Trasparenza		Entro il 31.03.2021	Deliberazione di approvazione
2	Adempimento obblighi pubblicazione previsti dalla normativa vigente	Tutti i Dirigenti/Referenti del rischio corruttivo	Allegato 1) Elenco Obblighi di Pubblicazione	Dati pubblicati e aggiornati
3	Controllo e monitoraggio pubblicazione		Entro le scadenze definite nel Programma	Monitoraggio annuale e invio all'OIV
4	Accesso Civico "semplice"		Tempestivo	Pubblicazione nel sito del dato mancante
5	Accesso civico "generalizzato"	Responsabili UU.OO.CC./SS. cui presentare istanza accesso	Tempestivo	Registrazione nell'apposita banca dati
6	Registro degli Accessi	Responsabili UU.OO.CC./SS. cui presentare istanza accesso	Semestrale	Rilevazione accessi
7	Giornata della Trasparenza		Entro il 31/12/2021	Pubblicazione nella sez. Amministrazione Trasparente
8	Formazione del personale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile per la Trasparenza	Entro il 31/12/2021	Stesura di un piano formativo diretto al personale dell'Azienda in materia di controlli, legalità e trasparenza. Somministrazione liste di controllo finalizzato alla rilevazione del livello di implementazione delle azioni previste dalla recente normativa in materia di legalità e trasparenza.

