

**Deliberazione del Direttore Generale n. 57 del 30/01/2015**

**Oggetto:** Aggiornamento Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione a valere per gli anni 2015-2016-2017.

**Ufficio proponente:** S.C. Affari Generali e Legali

<b>Esercizio</b>	<b>assente</b>
<b>Centro di Risorsa</b>	<b>assente</b>
<b>Posizione Finanziaria</b>	<b>assente</b>
<b>Importo</b>	<b>assente</b>
<b>Prenotazione Fondi</b>	<b>assente</b>

### **IL DIRETTORE GENERALE**

Vista la proposta di delibera di pari oggetto dell'Ufficio Proponente di cui al num. Prov. 61 del 26/01/2015 contenente:

- il Visto della P.O. Budget, acquisti, flussi economici e bilancio per la verifica di assegnazione del Budget;
- il Parere del Direttore Amministrativo - Dott. Riccardo BRUGNETTA;

\* La presente copia è conforme al documento originale ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento digitalmente firmato è conservato negli Archivi del Azienda Ospedaliera "S.Maria" di Terni.

- il Parere del Direttore Sanitario - Dr. Leonardo BARTOLUCCI.

## **DELIBERA**

Di fare integralmente propria la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

## **IL DIRETTORE GENERALE**

(Dott. Andrea CASCIARI)\*

## **Il Responsabile del Procedimento Deliberativo**

(Dott. Andrea LORENZONI)\*

PREMESSO che la legge 6 novembre 2012, n. 190 recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*, ha previsto una serie di misure preventive e repressive contro la corruzione e l’illegalità nella Pubblica Amministrazione, orientando il legislatore verso un sistema di prevenzione nella lotta alla corruzione che si articola a livello nazionale con la predisposizione da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica (D.F.P.) del Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) e a livello locale, cioè di ogni singola pubblica amministrazione, attraverso l’adozione di un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) che, sulla base delle indicazioni contenute nel P.N.A., rappresenta il documento programmatico fondamentale per la strategia di prevenzione all’interno dell’Ente;

CONSIDERATO che l’Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni con atto deliberativo n. 682, del 27/11/2013, ha individuato il proprio Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Lo stesso ha provveduto a redigere la prescritta proposta di Piano triennale da sottoporre all’approvazione del Direttore Generale. Il Piano 2014-2016 è stato quindi adottato con deliberazione n. 66 del 29/01/2014;

ATTESO che il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2014-2016 è stato diffuso capillarmente a tutto il personale in particolare:

-trasmesso, a mezzo raccomandata a mano, a tutti i Dirigenti e Titolari di Posizioni Organizzative con invito al rispetto ed alla divulgazione e verifica del rispetto da parte del personale sottoposto,

-trasmesso, a mezzo e-mail, a tutti i dipendenti titolari di indirizzo di posta elettronica,

-inoltre nelle buste paga di tutti i dipendenti dell’Azienda, relative ai mesi di febbraio-marzo-aprile 2014, è stato inserito specifico avviso per la presa visione ed osservazione delle relative disposizioni.

CONSIDERATO che la Relazione annuale, sull’attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione 2014–2016, è stata redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione ai sensi dell’art.1, comma 14 della L. n. 190/2012, nel rispetto delle disposizioni del Comunicato ANAC del 25 novembre 2014, e sull’apposito Modello predisposto dall’Autorità; la Relazione è stata quindi pubblicata sul sito web aziendale in data 29/12/2014, nel rispetto della tempistica fissata dal già citato Comunicato ANAC;

RILEVATO che la revisione e l’aggiornamento del PTPC a valere per gli anni 2015-2016-2017 è stata condotta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, coadiuvato dai

seguenti Responsabili delle Strutture Aziendali, Responsabile della SC Risorse Umane Responsabile della PO Affari Generali e Legali, Responsabile della PO Affari Legali, Responsabile della SS Ingegneria Ospedaliera, Responsabile della PO Acquisizione Beni e Servizi, Responsabile della PO Controllo di Gestione Responsabile della PO Budget acquisti Flussi Economici e Bilancio, Responsabile della PO Aggiornamento e Formazione del Personale, Responsabili della DMPO e del DITRO, Responsabile della SSD Gestione Rischio Clinico;

ATTESO che in sede di elaborazione ed aggiornamento del Piano è stata attuata una forma di consultazione pubblica mediante la pubblicazione, sul sito aziendale, di apposito Avviso;

PRESO ATTO che non sono pervenute osservazioni né integrazioni al riguardo;

#### SI PROPONE DI DELIBERARE

DI procedere, per le motivazioni di cui alle premesse, all'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione a valere per gli anni 2015-2016-2017, nei contenuti e nei termini di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale della presente deliberazione e composto da n. 28 pagine;

DI prendere atto ed approvare la Relazione annuale redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione di cui all'Allegato B parte integrante e sostanziale della presente deliberazione e composto da n. 12 pagine;

DI approvare la Procedura di segnalazione illeciti di cui all'Allegato C parte integrante e sostanziale della presente deliberazione e composto da n. 5 pagine;

DI approvare il Modello di segnalazione illeciti di cui all'Allegato D parte integrante e sostanziale della presente deliberazione e composto da n. 2 pagine;

DI individuare quale responsabile del procedimento amministrativo, ai sensi della Legge 241/90, il Dott. Andrea Lorenzoni, Collaboratore Amministrativo P.E. Cat. DS presso la Direzione Affari Generali e Legali.

Il Responsabile

*(Dott. Andrea Lorenzoni)*





A Z I E N D A  
O S P E D A L I E R A  
S A N T A M A R I A  
T E R N I

Piano Triennale di Prevenzione  
della Corruzione  
2015-2017

## INDICE

1. Premessa
2. Percorso di adozione ed obiettivi del P.T.P.C.
3. Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione dell'Azienda Ospedaliera
4. Individuazione e valutazione del rischio per attività.
5. Azioni e misure per la prevenzione
6. Cronoprogramma delle competenze/adempimenti

## LEGENDA DELLE ABBREVIAZIONI UTILIZZATE

<b>C.I.V.I.T.</b>	<b>Commissione Indipendente per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche</b>
<b>A.N.AC.</b>	<b>Autorità Nazionale AntiCorruzione</b>
<b>D.F.P.</b>	<b>Dipartimento della Funzione Pubblica</b>
<b>O.I.V.</b>	<b>Organismi Indipendenti di Valutazione della performance</b>
<b>P.N.A.</b>	<b>Piano Nazionale Anticorruzione</b>
<b>P.T.P.C.</b>	<b>Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</b>
<b>P.T.T.I.</b>	<b>Piano Triennale di Trasparenza e Integrità</b>
<b>U.P.D.</b>	<b>Ufficio Procedimenti Disciplinari</b>
<b>R.P.C.</b>	<b>Responsabile della Prevenzione della Corruzione</b>

## 1. Premessa.

Con la legge 6 novembre 2012, n. 190 recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”* è stato introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione e contrasto della corruzione secondo una strategia articolata su due livelli: nazionale e decentrato.

A livello nazionale un ruolo fondamentale è svolto dal Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.). Tale piano è stato predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica (D.F.P.), sulla base delle linee guida definite dal Comitato interministeriale, e approvato con deliberazione n. 72/2013 dalla Commissione Indipendente per la Valutazione, l’Integrità e la Trasparenza (C.I.V.I.T., ora A.N.AC.), individuata dalla legge quale Autorità nazionale anticorruzione.

A livello decentrato, ogni pubblica amministrazione definisce un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) che, sulla base delle indicazioni contenute nel P.N.A., rappresenta il documento programmatico fondamentale per la strategia di prevenzione all’interno dell’Ente. In tal senso il Piano si presenta non come un’attività compiuta, bensì come un insieme di strumenti dinamici finalizzati alla prevenzione che vengono, 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”*.

Questa duplice articolazione garantisce da un lato l’attuazione coordinata delle strategie di prevenzione e contrasto della corruzione elaborate a livello nazionale dall’altro consente alle singole amministrazioni di predisporre soluzioni mirate in riferimento alla propria specificità.

Per chiarezza espositiva occorre precisare due concetti:

1. il termine corruzione, considerata la ratio della L. 190/2012, del P.N.A e del presente PTPC, esorbita dalle fattispecie disciplinate dal codice penale in quanto ha lo scopo di prevenire ogni condotta del dipendente e di chiunque presti attività lavorativa in nome e per conto dell’Azienda, indipendentemente dal ruolo ricoperto al suo interno, che possa dar luogo *a un uso, o ad un abuso, del proprio ruolo, della propria funzione o del proprio potere al fine di ottenere, anche solo potenzialmente, per sé o altri un vantaggio patrimoniale o non patrimoniale* o possa, con la sua condotta, dar luogo a situazioni in cui (a prescindere dalla rilevanza penale) si evidenzia *un malfunzionamento dell’amministrazione*.
2. l’Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni persegue i fini istituzionali di tutela e promozione della salute del cittadino in adempimento di quanto previsto dall’articolo 32 della Costituzione, nel rispetto delle disposizioni normative nazionali ed in coerenza di quanto previsto dalla Legge Regionale 12 novembre 2012 n. 18.

Nella sua organizzazione e funzionamento l’Azienda Ospedaliera S. Maria si informa al principio della centralità della persona e della valorizzazione del ruolo e responsabilità degli operatori. Si impegna a condurre la propria attività con integrità, correttezza, professionalità e trasparenza evitando ogni comportamento che possa facilitare la commissione di qualsiasi tipo di illecito compromettendo la fiducia degli utenti e degli operatori e ledere l’immagine dell’Azienda.

L'Azienda Ospedaliera adempie al dettato normativo mediante il proprio Piano triennale tenendo conto della peculiarità dell'attività svolta, della sua struttura organizzativa e della sua dotazione organica.

Oltre alla legge n. 190/2012 e al Piano Nazionale Anticorruzione sopra citati, il contesto giuridico di riferimento comprende:

- Legge 6 novembre 2012 n° 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Piano Nazionale Anticorruzione approvato in data 11 settembre 2013
- Circolare n.1 del 25/1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n° 39 “Disposizioni in materia di inconfiribilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, comma 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n° 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n° 165 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art. 54 del D.Lgs. 30/03/2001 n. 165”;
- 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
- D.L. 4 giugno 2014, n. 90 “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari” legge di conversione 11 agosto 2014, n. 114.
- Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 “Interpretazione e applicazione del D.Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario”.
- Disposizioni, circolari provvedimenti ANAC.
- Libro II Titolo II del Codice Penale in particolare gli articoli:
  - art. 317 - Concussione
  - art. 318 - Corruzione per l'esercizio della funzione
  - art. 319 - Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio
  - art. 319-bis - Circostanze aggravanti
  - art. 319-ter - Corruzione in atti giudiziari
  - art. 319-quater - Induzione indebita a dare o promettere utilità
  - art. 320 – Corruzione di persona incaricata di pubblico ufficio
  - art- 321 – Pene per il corruttore
  - art. 322 – Istigazione alla corruzione
  - art. 322bis – Peculato, concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri e funzionari C.E.

L'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni con atto deliberativo n. 682, del 27/11/2013, ha individuato il proprio Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Lo stesso ha provveduto a redigere la prescritta proposta di Piano triennale da sottoporre all'approvazione del Direttore Generale. Il Piano 2014-2016 è stato quindi adottato con deliberazione n. 66 del 29/01/2014.

La Relazione annuale, sull'attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione 2014–2016, è stata redatta dal RPC ai sensi dell'art.1, comma 14 della L. n. 190/2012, nel rispetto delle disposizioni del Comunicato ANAC del 25 novembre 2014, e sull'apposito Modello predisposto dall'Autorità.

La Relazione (allegata al presente Piano) è stata quindi pubblicata sul sito web aziendale in data 29/12/2014 nel rispetto della tempistica fissata dal già citato Comunicato ANAC.

Il PTPC 2014-2016 è stato diffuso capillarmente a tutto il personale in particolare:

-trasmesso, a mezzo raccomandata a mano, a tutti i Dirigenti e Titolari di Posizioni Organizzative con invito al rispetto ed alla divulgazione e verifica del rispetto da parte del personale sottoposto,

-trasmesso, a mezzo e-mail, a tutti i dipendenti titolari di indirizzo di posta elettronica,

-inoltre nelle buste paga di tutti i dipendenti dell'Azienda, relative ai mesi di febbraio-marzo-aprile 2014, è stato inserito specifico avviso per la presa visione ed osservazione delle relative disposizioni.

La revisione e l'aggiornamento del PTPC a valere per gli anni 2015-2016-2017 è stata condotta dal Responsabile della prevenzione della corruzione coadiuvato dai Responsabili delle Strutture Aziendali elencati al punto 2.

Così come in sede di elaborazione del precedente Piano è stata attuata una forma di consultazione pubblica mediante la pubblicazione, sul sito aziendale, di apposito Avviso.

### **2. Percorso di adozione/revisione ed obiettivi del PTPC.**

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione è un atto formale che attesta e dichiara la politica di prevenzione del rischio corruttivo che l'Azienda intende perseguire al fine di garantire il corretto e trasparente funzionamento.

Il P.T.P.C. disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità.

L'Azienda Ospedaliera da attuazione alla Legge n. 190/2012, attraverso:

a) la chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità del personale;

b) l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;

c) lo sviluppo e il monitoraggio di meccanismi di supporto, attuazione e controllo delle decisioni per rafforzare la cultura dell'integrità e, nelle aree a maggior rischio, l'effettuazione di percorsi formativi secondo un approccio che sia al contempo normativo e valoriale, in modo da accrescere le competenze e rinforzare il senso etico;

d) la creazione di uno stretto collegamento tra comportamento etico e attività lavorativa;

e) il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale addetto alle aree a più elevato rischio nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure di monitoraggio del Piano;

f) la definizione degli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione;

g) il monitoraggio dei rapporti tra amministrazione e soggetti che con la stessa stipulano contratti;

h) gli adempimenti correlati al D.Lgs. 39/2013 tenuto anche conto di quanto disposto dalla Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014.

Nella fase di redazione, verifica ed aggiornamento del Piano l'RPC è coadiuvato dai Responsabili delle seguenti Strutture aziendali:

- Responsabile della SC Risorse Umane
- Responsabile della PO Affari Generali e Legali
- Responsabile della PO Affari Legali
- Responsabile della SS Ingegneria Ospedaliera
- Responsabile della PO Acquisizione Beni e Servizi
- Responsabile della PO Controllo di Gestione
- Responsabile della PO Budget acquisti Flussi Economici e Bilancio
- Responsabile della PO Aggiornamento e Formazione del Personale
- Responsabili della DMPO e del DITRO
- Responsabile della SSD Gestione Rischio Clinico.

Ai sensi del DPR 16 aprile 2013 n°62 e della Legge n°190/2012 è stato adottato, con provvedimento n. 544/2014 il Codice Etico e di Comportamento Aziendale che definisce i doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e buona amministrazione che i dipendenti/collaboratori dell'Azienda sono tenuti ad osservare nel garantire il perseguimento degli obiettivi aziendali.

Pertanto con l'adozione del PTPC e del Codice Etico e di Comportamento Aziendale l'Azienda Ospedaliera da attuazione alla Legge n. 190/2012 orientandosi, nel contrasto alla corruzione o al semplice *malfunzionamento dell'attività amministrativa*, verso un sistema di prevenzione integrato con gli altri strumenti strategici adottati a livello aziendale dando una risposta sistemica ad un fenomeno che potrebbe pregiudicare la fiducia nei confronti dell'Azienda.

### **3. Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione dell'Azienda Ospedaliera.**

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni sono:

- a. la Direzione Aziendale;
- b. il Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- c. il Responsabile della Trasparenza
- d. i Referenti per la prevenzione della corruzione;
- e. tutti i Dirigenti e titolari di P.O. per l'area di rispettiva competenza;
- f. il Nucleo di Valutazione Interno (nelle funzioni di O.I.V.) e gli altri organismi di controllo interno;
- g. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.;
- h. l'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- i. tutti i dipendenti dell'amministrazione;
- l. i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione;
- m. il Responsabile del Centro di Aggiornamento e Formazione del Personale.

E' onere e cura del Responsabile della prevenzione della corruzione definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito del P.T.P.C..

#### **3.1 La Direzione Aziendale.**

La Direzione Aziendale è la prima artefice della Prevenzione della corruzione, assicura il suo fondamentale sostegno all'azione del R.P.C., anche con interventi diretti e concreti sul RPC stesso e sul restante personale "responsabile" o "referente". In particolare:

- a) designa e supporta il R.P.C.;
- b) adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti e li comunica al Dipartimento della Funzione Pubblica e alla Regione;
- c) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, codice di comportamento, etc.);
- d) garantisce il coordinamento di tutti gli atti adottati dall'Azienda, in primis quelli organizzativi, rispetto al presente piano;
- e) può attivarsi autonomamente o su iniziativa del RPC con azioni dirette alla tutela del presente Piano.

### 3.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è nominato dal Direttore Generale il quale ha provveduto, come sopra citato, a nominare il Responsabile Aziendale con atto n. 682 del 27/11/2013. Il suo nominativo è stato comunicato alla CIVIT.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione predispose il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, nonché i relativi aggiornamenti annuali, che sottopone alla Direzione Aziendale per la relativa approvazione entro il 31 gennaio.

Al Responsabile competono inoltre le seguenti funzioni:

- definizione di appropriate procedure per selezionare e formare, su proposta dei Referenti e Dirigenti, i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica dell'attuazione del piano, nonché avanzare proposte di modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nella attività dell'Amministrazione;
- la verifica, d'intesa con il dirigente competente, che venga effettuata, laddove possibile, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio corruttivo;
- la individuazione, su proposta dei Dirigenti e titolari di PO, del personale che, di volta in volta, deve essere inserito nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- redazione, entro il 15 dicembre di ogni anno, di una relazione che offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal P.T.P.C. Questo documento dovrà essere pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda nonché trasmesso al D.F.P. in allegato al P.T.P.C. dell'anno successivo. Il 12 dicembre 2014 l'ANAC ha predisposto e pubblicato la scheda da compilare per osservare tale adempimento.

Ad ogni richiesta di dati, chiarimenti, etc., da parte del RPC, deve essere garantita, da tutto il personale, adeguata e tempestiva risposta.

Nel caso in cui, nello svolgimento delle proprie funzioni, il R.P.C. venga a conoscenza di fatti circostanziati che possono presentare:

- **una rilevanza disciplinare** ne dà tempestiva comunicazione al Dirigente preposto all'ufficio interessato ovvero al Dirigente sovraordinato e all'Ufficio Procedimenti Disciplinari per i necessari provvedimenti,

- **una responsabilità contabile** presenta tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei conti,
- **un'ipotesi di notizia di reato** ne dà tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia giudiziaria dandone nel contempo informazione all'Autorità Nazionale AntiCorruzione.

Il R.P.C., al di là dei compiti e responsabilità postagli in capo dalla normativa nazionale, è il regista della gestione del rischio di corruzione, per attuare le misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, anche secondo specifici monitoraggi. Il R.P.C. si avvale, nell'ambito dell'esercizio delle funzioni, del supporto e della collaborazione, oltre che delle risorse professionali in Staff alla Direzione Aziendale, dei referenti degli uffici aziendali e dell'apporto di tutti i Dirigenti/Titolari di P.O. delle strutture aziendali che concorrono, responsabilmente, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici/servizi.

A tal fine si richiama quanto disposto in merito dall'art. 8 del Codice Etico e di Comportamento Aziendale.

Il RPC può effettuare verifiche/controlli, anche ulteriori a quelli previsti dal PTPC, autonomamente o in collaborazione con i Referenti per la prevenzione della corruzione o i Responsabili individuati al punto 1.

### **3.3 Referenti per la prevenzione della corruzione.**

In considerazione del carattere complesso della sua organizzazione sanitaria ed amministrativa sono stati individuati come Referenti per la prevenzione della corruzione tutti i Dirigenti/Responsabili delle strutture semplici e complesse aziendali, nonché degli uffici /servizi non ricompresi nelle stesse. In particolare si richiama a tal fine la strategicità dei Responsabili delle strutture afferenti l'Area delle Funzioni Centrali, DMPO e SITRO.

I Referenti svolgono in maniera prioritaria i seguenti compiti:

- a) attività informativa nei confronti del R.P.C., affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti e personale assegnato, anche con riferimento alla rotazione del personale;
- b) concorrono con il R.P.C. all'individuazione delle aree a più elevato rischio di corruzione ed alla individuazione dei dipendenti da formare;
- c) partecipano al processo di gestione del rischio;
- d) osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- e) collaborano con il R.P.C. alla programmazione ed attuazione dei piani di controllo a campione.

### **3.4 Dirigenti e titolari di P.O.**

Tutti i Dirigenti e titolari di P.O (area sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa) per quanto di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria nonché degli Uffici dei Procedimenti Disciplinari;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;

- c) propongono le misure di prevenzione;
- d) assicurano l'osservanza, da parte del personale assegnato, del Codice Etico e di Comportamento Aziendale e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale la dove possibile;
- f) osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- g) propongono al R.P.C. i nominativi del personale da formare.

### **3.5 Nucleo di Valutazione e altri organismi di controllo interno.**

Gli organismi di controllo interno (Nucleo di Valutazione, Collegio sindacale, etc.), nell'ambito della prevenzione della corruzione svolgono i seguenti compiti:

- a) partecipano al processo di gestione del rischio;
- b) considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- c) svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- d) N.V.I. esprime parere obbligatorio sul Codice Etico e di Comportamento Aziendale adottato dall'Ente;
- e) propongono annualmente modifiche e miglioramenti del P.T.P.C..

### **3.6 Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

Nell'Organizzazione dell'Azienda Ospedaliera S. Maria sono previsti tre Uffici per i Provvedimenti Disciplinari uno per la Dirigenza Medica, uno per quella PTA, nonché per il Personale del Comparto, con i seguenti compiti:

- a) svolgono i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- b) provvedono alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- c) propongono l'aggiornamento del Codice Etico e di Comportamento Aziendale;
- d) relazionano semestralmente al R.P.C. (entro il 31 maggio ed il 30 novembre).

### **3.7 Ufficio Relazioni con il Pubblico.**

Il lavoro dell'Ufficio viene annualmente rappresentato con apposita relazione che ha l'intento di fornire non solo un quadro articolato dell'attività ma anche una evidenziazione delle criticità rispetto ai problemi emersi ed eventuali azioni migliorative seguite ai reclami. Pertanto se da una parte si occupa della comunicazione interna ed esterna, entrando nel dettaglio della tipologia dei contatti e degli strumenti di comunicazione, dall'altra affronta e rappresenta l'attività di gestione dei reclami, delle segnalazioni e degli elogi, privilegiando il grado di soddisfazione del cittadino in un'ottica di imparzialità ed eguaglianza. Tutto ciò rappresenta un'efficace strumento anche per combattere l'inefficienza ed il malfunzionamento dell'Azienda ed in definitiva ogni eventuale possibile fenomeno corruttivo. La gestione delle problematiche che si vengono ad evidenziare a seguito di reclami o segnalazioni vedono evidentemente coinvolti più livelli organizzativi, anche di carattere trasversale. Tra gli aspetti maggiormente sensibili e scandagliati dall'URP si ricordano quelli burocratico amministrativi, organizzativi e dei tempi d'attesa. Ai reclami/segnalazioni presentati, consegue nella maggior parte dei casi una approfondita attività istruttoria da parte dell'URP stesso che oltre ad essere di utilità per la risoluzione dei singoli casi

prospettati serve anche alla Direzione Aziendale per verificare i punti di caduta dell'organizzazione e degli operatori nell'attività di pertinenza.

In considerazione pertanto di quanto sopra e fermo restando la presentazione della relazione annuale alla Direzione Aziendale, il Responsabile URP:

- a) partecipa al processo di gestione del rischio;
- b) considera ed evidenzia i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento della propria attività ;
- c) propone annualmente, entro il mese di novembre di ciascun anno, modifiche e miglioramenti del P.T.P.C., sulla scorta delle risultanze emerse a seguito dei reclami e/o segnalazioni pervenute.

Con riferimento ai tempi di conclusione dei procedimenti si evidenzia il loro sostanziale rispetto tenuto conto sia della rilevanza che tale problematica riveste per l'A.O. (considerata la particolare attività espletata nonché dell'utenza interessata all'emanazione dei provvedimenti e/o degli atti prettamente amministrativi) sia dalla mancanza di reclami presentati dagli utenti. Resta evidente che l'eventuale emersione di formali problematiche in materia verranno immediatamente segnalate dall'URP all'RPC ed al Dirigente/Responsabile del Servizio interessato per la loro immediata risoluzione.

### **3.8 Tutti i dipendenti/collaboratori dell'amministrazione.**

La prevenzione della corruzione deve essere un'azione sinergica di tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Azienda, indipendentemente dal ruolo ricoperto. La grande maggioranza degli operatori lavora a contatto con il pubblico e pertanto ognuno contribuisce sostanzialmente alla costruzione dell'immagine dell'Azienda, sia in positivo, ed occorrono anni per edificarla, che in negativo, basta poco per danneggiarla gravemente. E' chiaro che la diffusione fra tutti gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati rivestono un'estrema importanza.

Ogni dipendente deve:

- a) partecipare al processo di gestione del rischio;
- b) osservare le misure contenute nel P.T.P.C.;
- c) segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o all'U.P.D. o al R.P.C.;
- d) segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 *bis* l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale);
- e) segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPC l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- f) tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

Ogni collaboratore deve:

- a) osservare le misure contenute nel P.T.P.C.;
- b) segnalare le situazioni di illecito.

## 3.9 Responsabile del Centro di Aggiornamento e Formazione del Personale

Data la particolare attenzione che il PNA pone sulla formazione del personale, in particolar modo per quello che opera nelle aree a maggior rischio, si ritiene opportuno sottolineare l'importanza della collaborazione di questa figura con il RPC, per individuare in tema di anticorruzione:

- il collegamento tra la formazione specifica sull'anticorruzione e settoriale e il programma annuale della formazione;
- i criteri per scegliere i soggetti che erogano la formazione;
- i contenuti della formazione;
- i canali e gli strumenti di erogazione della formazione.

## 4. Individuazione e valutazione del rischio per attività.

Il Piano Nazionale Anticorruzione permette di disporre di un quadro unitario e strategico di programmazione delle attività per prevenire e contrastare la corruzione nel settore pubblico e crea le premesse perché le amministrazioni possano redigere i loro piani triennali e, di conseguenza, predisporre gli strumenti previsti dalla legge n. 190/2012. Con l'approvazione del Piano Nazionale prende concretamente avvio la fase di attuazione della legge anticorruzione attraverso l'individuazione delle aree di rischio e la pianificazione della strategia di prevenzione.

Rispetto a tali aree il P.T.P.C. identifica le caratteristiche, le azioni e gli strumenti per prevenire il rischio, stabilendo le priorità di trattazione.

L'individuazione delle aree di rischio è il risultato di un processo complesso che presuppone la valutazione del rischio, da realizzarsi attraverso la verifica 'sul campo' dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'Azienda.

Per 'rischio' si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'Azienda, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per 'evento' si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'Azienda.

L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle aree, nell'ambito dell'attività dell'intera Azienda, che debbono essere 'presidiate' più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione.

La L. n. 190/2012 ha già individuato delle particolari aree di rischio, ritenendole comuni a tutte le amministrazioni.

Queste aree sono elencate nell'art. 1, comma 16, e si riferiscono ai procedimenti di:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. n. 163 del 2006;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 150/2009.

Nel Piano Nazionale Anticorruzione sono state individuate quali Aree di rischio comuni e obbligatorie.

- a) Area: acquisizione e progressione del personale;
- b) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture;
- c) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- d) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

L'Azienda Ospedaliera per la predisposizione della scheda per la mappatura dei processi e dei rischi ha fatto riferimento ai contenuti del PNA e dei criteri previsti negli allegati del piano medesimo e specificatamente degli allegati 1, 2 e 5.

La “**Scheda di mappatura dei processi e di analisi del rischio di corruzione**” è stata elaborata dai Responsabili delle strutture evidenziati al punto 1. del presente Piano e dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione

La suddetta scheda prevede l'inserimento delle seguenti categorie di dati:

- Struttura interessata;
- Processo analizzato;
- Tipo di rischio che si ritiene possa scaturire dallo svolgimento dell'attività;
- Altre strutture coinvolte
- Norme e Regolamenti di riferimento
- Indici di valutazione della probabilità (Discrezionalità, Rilevanza esterna, Complessità del processo, Valore economico, Frazionabilità del processo, Controlli)
- Indici di valutazione dell'impatto (Impatto organizzativo, Impatto economico, Impatto reputazionale, Imp. organ. econom. reputaz.)
- Valutazione complessiva del rischio
- Misure organizzative finalizzate alla riduzione.

I rischi sono stati identificati da ciascun Responsabile per le aree di propria competenza (anche a seguito di confronto tra Responsabili di aree omogenee), tenendo ovviamente presenti le peculiarità dell'Azienda, l'esperienza e le azioni di monitoraggio/controllo già in uso.

L'analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla *determinazione del livello di rischio*. Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico. Per ciascun rischio catalogato occorre stimare il valore della probabilità e il valore dell'impatto. I criteri utilizzati per stimare la probabilità che il rischio si verifichi sono: discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, frazionabilità del processo, controlli; gli indici utilizzati per valutare l'impatto sono: impatto organizzativo; impatto economico; impatto reputazionale; impatto organizzativo, economico e di immagine. Il valore della probabilità e il valore dell'impatto equivalgono alla media aritmetica dei valori assegnati ai rispettivi indici. Il livello di rischio del processo è dato dal prodotto del valore della probabilità e del valore dell'impatto.

L'analisi dei rischi permette di ottenere una 'classificazione' degli stessi in base al livello di rischio specifico dell'Azienda Ospedaliera, che non necessariamente possono coincidere con quelli previsti dal PNA.

## Azienda Ospedaliera S. Maria - Terni

Le schede sono state oggetto di rivisitazione ed integrazione, nel corso di varie riunioni, tra tutti i Responsabili specificati al precedente punto 2.

In base alla 'complessità del rischio' risultante dalle schede si può procedere alla seguente classificazione aziendale:

RISCHIO BASSO: valori ricompresi tra 1 e 3

RISCHIO MEDIO: valori ricompresi tra 4 e 6

RISCHIO ALTO: valori ricompresi tra 7 e 9

Nella considerazione che le aree di rischio e la loro graduazione possono variare, come già evidenziato, a seconda del contesto esterno ed interno, della tipologia di attività istituzionale svolta, della coerenza comportamentale prevista dalle specifiche normative nazionali e regionali, regolamenti e dalle azioni cautelative già in uso presso l'Azienda Ospedaliera (alcune delle quali previste nel PNA come "strategie da adottare") si evidenzia che la classificazione ottenuta non risulta completamente sovrapponibile a quella prevista dal PNA.

I processi individuati e di seguito elencati secondo l'ordine di rischio e secondo la Struttura organizzativa interessata, comprendono oltre a quelli menzionati, per le singole aree, nell'allegato 2 al PNA, anche quelli che i Responsabili di cui sopra hanno ravvisato nell'ambito delle specificità gestite. Pertanto azioni di prevenzione sono state proposte per campi di attività più ampi, o comunque diversificate, rispetto alla previsione nazionale, in base alle specifiche esigenze e modalità lavorative dei vari settori.

<b>Attività a rischio</b>	<b>Grado di rischio</b>	<b>Struttura Aziendale Interessata</b>
Procedura affidamento servizi e forniture. Processi di: -Definizione oggetto dell'affidamento -Requisiti di aggiudicazione -Valutazione delle offerte -Verifica delle eventuali anomalie delle offerte -Revoca del bando.	ALTO	P.O. Acquisizione Beni e Servizi
Procedura di affidamento lavori e servizi. Processi di: -Definizione oggetto dell'affidamento -Requisiti di aggiudicazione -Valutazione delle offerte -Verifica delle eventuali anomalie delle offerte, procedure negoziate -Revoca del bando -Redazione del cronoprogramma -Varianti in corso di esecuzione del contratto, -Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto -Direzioni lavori contabilità collaudo -Gestione dei contratti di Global Servizi durante la fase di esecuzione del contratto.	ALTO	S.S. Ingegneria Ospedaliera
-Concorsi e prove selettive per il personale di ogni ruolo a tempo determinato, indeterminato, collaborazioni	MEDIO	S.C. Risorse Umane

## Azienda Ospedaliera S. Maria - Terni

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mobilità in entrata ed in uscita</li> <li>-Autorizzazioni allo svolgimenti di incarichi extraistituzionali</li> <li>-Controllo e/o gestione dell'orario di servizio e di lavoro</li> <li>-Part-time.</li> </ul>		
<p>Procedura affidamento servizi e forniture. Processi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Individuazione dello strumento-istituto per l'affidamento</li> <li>-Requisiti di qualificazione</li> <li>-Procedure negoziate</li> <li>-Affidamenti diretti</li> <li>-Redazione del cronoprogramma</li> <li>-Varianti in corso di esecuzione</li> <li>-Subappalto</li> <li>-Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto Requisiti tecnici.</li> </ul>	MEDIO	P.O. Acquisizione Beni e Servizi
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sperimentazioni cliniche</li> <li>-Erogazioni liberali</li> <li>-Attività libero professionale</li> <li>-Collaborazioni borse di studio.</li> </ul>	MEDIO	P.O. Affari Generali e Legali
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestione repertorio contratti</li> <li>-Gestione adempimenti in materia di protezione dei dati</li> <li>-Gestione delle vertenze giudiziarie di carattere civile amministrativo tributario e penale.</li> </ul>	MEDIO	P.O. Affari Legali
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conferimento incarichi di collaborazione</li> <li>Individuazione dello strumento-istituto per l'affidamento</li> <li>-Requisiti di qualificazione</li> <li>-Sub-appalto.</li> </ul>	MEDIO	S.S. Ingegneria Ospedaliera
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Affidamento incarichi docenze esterne per attività formative.</li> </ul>	MEDIO	P.O. Aggiornamento e Formazione del Personale
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Liste di attesa ricoveri ed interventi chirurgici</li> <li>-Controllo informatizzato delle presenze-assenze del personale della dirigenza medica e laureati non medici.</li> </ul>	MEDIO	DMPO
<p>Procedura affidamento servizi e forniture. Processi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Definizione oggetto dell'affidamento</li> <li>-Requisiti di aggiudicazione</li> <li>-Valutazione delle offerte</li> <li>-Procedure negoziate</li> <li>-Affidamenti diretti</li> <li>-Processo di Budget.</li> </ul>	MEDIO	P.O. Controllo di gestione
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disciplina della mobilità in entrata del personale del comparto</li> <li>-Trasformazione rapporto di lavoro da tempo piene a</li> </ul>	MEDIO	SITRO

## Azienda Ospedaliera S. Maria - Terni

tempo parziale.		
-Gestione budget, -Gestione del debito pagamenti e scadenze Fatturazione attiva incasso -Solleciti e circolarizzazione -Storni -Tesoreria	MEDIO	P.O. Budget acquisti Flussi Economici e Bilancio
-Selezioni per attribuzione incarichi dirigenziali posizioni organizzative -Sistema valutativo del personale per scadenza incarichi o per collegato sistema premiante -Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con e senza effetti economici -Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno.	BASSO	S.C. Risorse Umane
-Fondi oneri relativi a quote non utilizzate di contributi in conto esercizio -Fatturazione passiva -Budget.	BASSO	P.O. Budget acquisti Flussi Economici e Bilancio
Varianti in corso di esecuzione del contratto.	BASSO	P.O. Controllo di gestione
-Cambio sede d'ufficio -Procedimento disciplinare -Valutazione individuale del personale -Progetti incentivanti -Impiego del personale del comparto nell'attività libero-professionale intramuraria	BASSO	SITRO

### 5. Azioni e misure per la prevenzione

L'azione di prevenzione si realizza mediante la coordinazione tra strategia nazionale e strategia interna, dunque, il presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione recepisce dinamicamente le direttive nazionali per l'elaborazione della propria strategia di prevenzione che consiste prioritariamente nell'applicazione di tutte le misure di prevenzione disciplinate direttamente dalla legge.

Gli ambiti di seguito illustrati costituiscono azioni e misure generali finalizzati alla prevenzione della corruzione. L'Azienda Ospedaliera pone in essere le azioni e introduce ed implementa le misure che si configurano come obbligatorie, in quanto disciplinate direttamente dalla legge, nonché sviluppa misure ulteriori di prevenzione anche in riferimento al proprio particolare contesto di riferimento. Gli strumenti già previsti o già in uso presso l'Azienda per finalità di prevenzione dell'illegalità, tutti i controlli di varia natura, vengono, nel presente piano, valorizzati, coordinati e sistematizzati rispetto alle nuove misure previste dalla legge e dal P.N.A.

#### 5.1 Trasparenza

L'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni ha adottato, con atto n. 612 del 17.10.2013, il proprio Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità nominando contestualmente il relativo Responsabile.

#### 5.2 Codice Etico e di Comportamento Aziendale

Il codice di comportamento rappresenta uno degli strumenti essenziali del PTPC in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, in conseguenza, indirizzano l'azione amministrativa.

Pertanto l'Azienda Ospedaliera S. Maria, al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, con deliberazione n. 544/2014 ha adottato definitivamente il proprio **Codice Etico e di Comportamento Aziendale**, in osservanza del D.P.R. n. 62/2013 e sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle linee guida della Autorità Nazionale AntiCorruzione.

Il Codice Etico e di Comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, in conseguenza, indirizzano l'azione amministrativa.

L'Azienda verifica costantemente l'adeguatezza dell'organizzazione per lo svolgimento dei procedimenti disciplinari. Tale verifica è rimessa alla responsabilità dell'U.P.D. che propone l'aggiornamento del Codice aziendale, curando in particolare che risulti chiaro quali sono le autorità competenti allo svolgimento del procedimento e all'irrogazione delle sanzioni disciplinari anche nei confronti dei dirigenti.

Il Dirigente favorisce la diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell'amministrazione ed evita che notizie non rispondenti al vero sull'organizzazione e sull'attività possano diffondersi.

Onde garantire la massima diffusione ed il puntuale controllo sull'attuazione e rispetto del Codice Aziendale lo stesso:

-è stato trasmesso, a mezzo di raccomandata a mano, a tutti i Responsabili di Struttura Complessa di Struttura Semplice Dipartimentale ed ai Responsabili degli Uffici e Strutture dell'Area delle Funzioni Centrali con la seguente evidenziazione:

“...la normativa prevede che il controllo sull'attuazione e sul rispetto dei codici (Codice Generale-DPR 62/2013 e Codice Aziendale) è, innanzi tutto, assicurato dai dirigenti responsabili di ciascuna struttura ‘...i dirigenti dovranno promuovere e accertare la conoscenza dei contenuti del codice di comportamento –sia generale che specifico- da parte dei dipendenti della struttura di cui sono titolari...i dirigenti provvedono, inoltre, alla costante vigilanza sul rispetto del codice di comportamento da parte dei dipendenti assegnati alla propria struttura, tenendo conto delle violazioni accertate e sanzionate ai fini della tempestiva attivazione del procedimento disciplinare e della valutazione individuale del singolo dipendente” (Del. 75/2013 A.N.AC.).

Pertanto allegato alla presente si trasmette il Codice Etico e di Comportamento Aziendale con invito a darne massima diffusione a tutto il personale di propria afferenza ed a verificarne il rispetto.

Si fa comunque presente che sarà cura dell'Azienda procedere alla comunicazione, a tutto il personale dipendente, dell'avvenuta approvazione del Codice Aziendale e del dovere di rispettarne i contenuti.”

-è stato trasmesso, a mezzo e-mail, a tutti i dipendenti titolari di indirizzo di posta elettronica con la seguente annotazione:

*L'Azienda Ospedaliera S. Maria, in ottemperanza della vigente normativa, ha adottato, con provvedimento n. 544 del 26/06/2014, il Codice Etico e di Comportamento Aziendale che viene allegato alla presente nota.*

*Tutti i dipendenti, ciascuno per le proprie competenze, sono invitati a prenderne visione ed osservarne i contenuti.*

Oltre a ciò nelle buste paga di tutti i dipendenti dell'Azienda, relative ai mesi di luglio-agosto-settembre 2014, è stato inserito il seguente avviso:

*L'Azienda Ospedaliera, in adempimento della vigente normativa, ha adottato il Codice Etico e di Comportamento Aziendale pubblicato anche nell'apposito link "Anticorruzione" del sito internet aziendale.*

*Tutti i dipendenti sono invitati a prendere visione dello stesso e ad osservarne le disposizioni.*

Inoltre in tutti i contratti individuali di lavoro è stato inserito uno specifico articolo riferito al Codice di comportamento, al momento della sottoscrizione al dipendente viene consegnata copia sia del Codice Aziendale e del Codice Generale.

Negli atti di indizione di nuove gare viene inserita la seguente disposizione:

*L'appaltatore/il professionista/il collaboratore/il consulente dovrà attenersi, personalmente e tramite il personale preposto, agli obblighi di condotta, per quanto compatibili, previsti dal Codice che viene consegnato in copia e che il predetto appaltatore/professionista/collaboratore/consulente dichiara di conoscere ed accettare. La violazione degli obblighi derivanti dal Codice, che causi un accertato danno economico e/o di immagine all'Azienda Ospedaliera, comporterà la risoluzione del contratto/rapporto previa istruttoria e conclusione del procedimento in contraddittorio con l'Azienda Ospedaliera.*

### **5.3 Patti di integrità**

Il patto d'Integrità rappresenta un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante per la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni nel caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta in sintesi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti ed il personale dell'Azienda Ospedaliera.

L'Azienda Ospedaliera in tutte le procedure di acquisizione di beni, servizi e lavori richiede a tutti i partecipanti la sottoscrizione e trasmissione del Patto d'integrità (allegato al presente PTPC).

### **5.4 Conflitto di interessi**

I dipendenti dell'Azienda Ospedaliera sono tenuti, ai sensi dell'art. 1, comma 41, della L. n. 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella L. n. 241/90, a prestare massima attenzione alle situazioni di conflitto di interesse.

La norma prevede due prescrizioni:

- a) è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- b) è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

Il dipendente pertanto si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere "...*interessi propri, ovvero di 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 egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza". (Cfr. art. 6 del Codice Etico e di Comportamento aziendale)*

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al Dirigente interessato, che deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

La violazione della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

### **5.5 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.**

La legge n. 190/2012 – in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha introdotto anche misure *di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.*

Difatti l'art. 35 bis, inserito nell'ambito del D.Lgs. n 165/2001, prevede che:

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

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

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

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

Inoltre il D.Lgs. 39/2013 ha previsto un'apposita disciplina in materia di inconfiribilità 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.

Il Dirigente della S.C. Risorse Umane il Responsabile della P.O. Acquisizione Beni e Servizi ed il Responsabile della S.S. Ingegneria Ospedaliera, in base alle rispettive competenze, assicurano la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;

- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 *bis* del D.Lgs. n. 165/2001.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 (art. 20 d.lgs. n. 39/2013). Le relative verifiche devono essere effettuate sulla totalità dei casi.

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 del D.Lgs. n. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

### **5.6 Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali.**

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*".

Le situazioni di incompatibilità sono previste nei Capi V e VI del D.Lgs. n. 39/2013.

A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità viene effettuata 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).

L'Azienda verifica la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del D.Lgs. n. 39/2013 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi. Il controllo deve essere effettuato:

- all'atto del conferimento dell'incarico;
- annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del D.Lgs. n. 39/2013 e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

A tale fine, il Dirigente della S.C. Risorse Umane è tenuto ad assicurare che:

- negli interpellanti per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente 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.

In linea con quanto previsto dall'art. 1, comma 1, e dall'art. 19, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013, il collocamento in aspettativa o fuori ruolo del dipendente, ove previsti dalla normativa, consente di superare l'incompatibilità. In riferimento all'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013, i soggetti

interessati sono tenuti a rendere la dichiarazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità annualmente.

La dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati, sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda.

### **5.7 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro**

La L. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma 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 artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la 'convenienza' di accordi fraudolenti.

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'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”*.

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I “dipendenti” interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di P.O., responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs. n. 163/2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

- sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la

partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.

Onde garantire l'applicazione di tale disposizione l'Azienda Ospedaliera ha inserito in tutti i nuovi contratti di assunzione del personale la clausola 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 o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente. Inoltre a tutto il personale che cesserà il rapporto di lavoro con l'Azienda, a qualsiasi titolo, verrà fatta sottoscrivere specifica dichiarazione di aver ricevuto informativa in merito a tale divieto.

I competenti uffici provvedono ad inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

### **5.8 Tutela del dipendente che segnala illeciti**

L'art. 1, comma 51, della L. 190/2012 ha inserito nell'ambito del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n.165, un nuovo articolo, il 54 bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", in virtù del quale è stata introdotta nel nostro ordinamento una misura finalizzata a favorire la segnalazione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come *whistleblowing*.

Attraverso la segnalazione, il dipendente contribuisce all'emersione di illeciti e di irregolarità, dà prova di forte senso civico ed assolve ad una importante funzione sociale di prevenzione e contrasto della corruzione. In ragione di tutto ciò, la procedura per le segnalazioni include espressamente forme di tutela del *whistleblower*, così come previsto dal citato art. 54 bis del D. Lgs165/2001 e dal Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.).

L'Azienda ha pertanto adottato la "*Procedura di segnalazione di illeciti o di irregolarità da parte dei dipendenti o collaboratori dell'Azienda Ospedaliera S. Maria e relative forme di tutela*". Tale procedura specifica:

- che la segnalazione deve essere effettuata per azioni penalmente rilevanti, poste in essere in violazione dei Codici di Comportamento o di altre disposizioni aziendali sanzionabili in via disciplinare, suscettibile di arrecare un pregiudizio patrimoniale e/o di immagine all'Azienda,
- il contenuto della segnalazione, tenuto conto del modello predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica,
- i destinatari della segnalazione: Responsabile della Prevenzione della Corruzione e/o il Direttore della Struttura di appartenenza
- le attività di verifica della fondatezza della segnalazione,
- le forme di tutela del whistleblower/segnalante,
- l'eventuale segnalazione di discriminazioni,
- la responsabilità del segnalante nei casi in cui incorra, con la denuncia, in responsabilità a titolo di calunnia e diffamazione,

La segnalazione può essere presentata con le seguenti modalità:

- a) a mezzo del servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e/o al Direttore della Struttura di appartenenza, per poter usufruire della garanzia della riservatezza è necessario che la segnalazione venga inserita in una busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "RISERVATA/PERSONALE".

b) In forma elettronica utilizzando il dedicato portale web raggiungibile all'indirizzo: <http://aospws/sii-web/index.htm> In questo caso i dati saranno memorizzati in formato crittografato onde garantire l'anonimato del segnalante (con tale modalità la segnalazione perverrà al solo Responsabile della Prevenzione della Corruzione che procederà ad informare il relativo Direttore di Struttura).

L'RPC provvederà alla protocollazione delle segnalazioni in arrivo in un apposito protocollo riservato cartaceo.

La Procedura, il modello nonché l'indirizzo internet per la segnalazione sono visionabili sul sito web aziendale all'interno del link dedicato alla prevenzione della corruzione.

### 5.9 La formazione

I Dirigenti, i Responsabili di posizioni organizzative ed i dipendenti che svolgono attività all'interno degli uffici individuati nel Piano triennale di prevenzione della corruzione come a più elevato rischio di corruzione, dovranno partecipare ad un programma formativo sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

Il piano annuale di formazione dovrà quindi obbligatoriamente prevedere un percorso formativo nel quale dovranno essere affrontate tematiche inerenti l'etica, la responsabilizzazione dei dipendenti, il codice di comportamento e la sua corretta applicazione, la trasparenza e gli obblighi di pubblicazione, le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione. Questi percorsi formativi dovranno comunque affiancare quelli 'specifici' relativi alla tipologia di attività svolta all'interno della Direzione di afferenza.

La formazione specialistica destinata alle figure principali della prevenzione della corruzione (RPC, Referenti, Dirigenti responsabili di strutture, Responsabili di PO e Coordinatori) sarà articolata al minimo in complessive 20 ore/anno, oltre ad ulteriori giornate di formazione che potranno essere nel prosieguo definite per i suddetti soggetti, con i seguenti obiettivi tratti dal PNA:

- assunzione di decisioni "con cognizione di causa"; per la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- conoscenza e condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla presenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate per la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;
- assunzione di comportamenti volti ad evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;

La formazione generale del livello aziendale sarà principalmente rivolta a favorire l'acquisizione delle conoscenze e delle abilità necessarie, a seconda del ruolo ricoperto, alla corretta attuazione del Codice Etico e di Comportamento Aziendale e del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, dei principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati. Detta formazione sarà sviluppata in incontri di, in media, 4 ore.

Piani di formazioni comuni potranno essere eventualmente concordati con le altre Aziende Sanitarie Regionali anche in collaborazione con la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica di Villa Umbra.

### 5.10 Rotazione del personale

In tema di rotazione dei dirigenti e funzionari addetti soprattutto alle aree a più elevato rischio di corruzione l'Azienda si impegna ad attuarla nei limiti e alle condizioni che oggettivamente lo consentono, visti anche i contenuti dell'intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita in data 24 luglio 2013. Infatti, tenuto conto che detta rotazione deve avvenire considerando le specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione, conformemente alle condizioni organizzative dell'azienda, si rileva al momento che la carenza di personale, ben al di sotto dei parametri standard nazionali e regionali, non la consente, se non a rischio di compromissione dell'ordinato e coerente svolgimento dell'attività stessa.

Pur tuttavia verrà messa in campo ogni azione utile allo scopo in adeguamento della normativa di che trattasi. Resta pertanto fermo il principio che di norma la rotazione del personale viene valutata alla naturale scadenza dell'incarico dirigenziale o di responsabilità conferito (posizioni organizzative e coordinamenti), almeno nelle aree a più elevato rischio di corruzione, nel rispetto delle norme contrattuali e degli accordi sindacali. Bisogna però tenere conto anche del fatto che la specificità dell'attività espletata non rende sempre possibile applicare il principio. Percorsi formativi specifici, competenze marcatamente differenziate, maturazione diversificata di esperienze lavorative, esiguità di personale, professionalità ad alta specializzazione ecc. sono tutti fattori ostativi in campo sanitario al principio di che trattasi. Pertanto per ovviare a tale inconveniente si cercherà, laddove possibile, di prevedere periodi di compresenza e/o percorsi formativi specifici. Laddove si evidenzia l'impossibilità di procedere verranno presi in considerazione strumenti alternativi ed ulteriori quali specifici indicatori di monitoraggio sintomatici di comportamenti a rischio.

### 5.11 Adozione, implementazione e messa a regime di ulteriori misure/azioni di prevenzione.

L'Azienda Ospedaliera intende, oltre alle misure ed azioni precedentemente evidenziate, mettere in campo e/o a regime ulteriori azioni/misure di verifica finalizzate alla prevenzione di fenomeni illeciti.

#### Sistema di controllo di gestione.

Tra le procedure operative che delineano il processo di budget annuale, di particolare importanza è il sistema di controllo dei budget dei centri di risorsa, intendendosi con tale accezione tutte le strutture o uffici aziendali deputati all'utilizzo responsabilizzato di risorse..

Tale sistema consta di una rilevazione analitica, per ciascun centro di risorsa e ciascuna posizione finanziaria, delle singole motivazioni che giustificano l'acquisizione di particolari beni, servizi, lavori o altre utilità.

Al riguardo sono state create delle schede per ciascun centro di risorsa nelle quali per ogni posizione finanziaria vengono elencate le motivazioni che inducono i processi di spesa, specificate in distinte righe di dettaglio per ogni rapporto contrattuale.

Il sistema di budget prevede ad inizio anno che il responsabile di ciascun centro di risorsa, secondo le esigenze di utilizzo annuali previste in merito alle risorse di propria competenza, elabori una proposta dettagliata delle motivazioni di acquisizione dei beni o servizi con il relativo fabbisogno economico.

Le proposte inoltrate dai centri di risorsa vengono poi esaminate dalla Direzione Aziendale e discusse durante gli incontri di negoziazione dei budget, previsti di norma nel mese di gennaio.

A conclusione di tali incontri vengono firmate le schede di budget da parte del Direttore Generale e del responsabile del centro di risorsa, che da tale momento in poi divengono lo strumento di

base rispetto al quale organizzare e coordinare i processi di spesa nel corso dell'esercizio annuale.

Sono comunque possibili delle variazioni rispetto a quanto concordato qualora sopravvengano delle esigenze inderogabili durante l'anno; tali variazioni dovranno naturalmente essere verificate e approvate dalla Direzione Aziendale.

Il sistema analitico appena descritto consente di disporre di strumenti di conoscenza e controllo in grado di supportare la prevenzione di eventuali fenomeni corruttivi in quanto viene ridotta notevolmente la discrezionalità dei responsabili dei centri di risorsa rispetto ai processi di acquisizione delle risorse.

Le singole righe di dettaglio presenti in ciascuna scheda a volte già vanno a definire il singolo contratto, esercitando quindi in tal caso un'azione dirimente rispetto all'oggetto del bene o servizio da acquisire e nel contempo ponendo anche un limite alla spesa da affrontare.

Accanto al processo di budget relativo ai centri di risorsa, il sistema di controllo operativo aziendale prevede anche l'articolazione dei budget da assegnare ai singoli centri di attività, intendendosi con tale accezione tutte le strutture deputate all'erogazione di attività di ricovero o specialistica ambulatoriale.

Ad ogni centro di attività vengono assegnati obiettivi di natura economica relativi sia ai ricavi prodotti sia ai costi di specifici fattori produttivi, il cui livello di utilizzo dipende dalle decisioni assunte dal personale afferente la struttura.

Tra i fattori produttivi il cui volume di utilizzo è da concordare con i centri di attività, particolare importanza assumono i beni sanitari, sia in relazione all'entità della spesa sia per quanto riguarda la diretta influenza dei professionisti in merito alle scelte sui consumi.

Il processo di budget prevede anche in questo caso, ad inizio anno, la fase di proposta, da parte del responsabile della struttura del valore economico previsto dei costi annuali, seguita dalla fase di negoziazione nella quale la Direzione Aziendale, una volta esaminate le proposte, assegna un budget economico annuale a ciascun centro di attività.

Rilevante importanza ai fini del controllo del bilancio assume il monitoraggio mensile dei costi, mediante il quale è possibile repentinamente individuare eventuali scostamenti nel loro andamento rispetto a quanto programmato.

Una tale tipologia di controllo risulta efficace anche nell'individuazione di impegni anomali di particolari prodotti, consentendo in tal modo di evidenziare potenziali situazioni di rischio.

Inoltre con il Patto per la salute 2010-2012 è stato dato avvio ad un vero e proprio percorso verso la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie inteso come processo di accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili e dei dati contabili.

Successivamente con la promulgazione del D.Lgs. 118/2011 e del decreto ministeriale dell'11 settembre 2012, il legislatore, basandosi sulle sperimentazioni avvenute in passato in diverse Regioni, ha applicato all'obiettivo della certificabilità dei bilanci e dei dati contabili lo strumento della "revisione contabile" inteso come sistema di organizzazione di controlli interni aziendali e regionali, volto a garantire la condizione di sottoporre le aziende alle verifiche per la certificazione.

In applicazione della normativa citata la Regione Umbria nel 2013 ha avviato un progetto che coinvolge le proprie strutture amministrative competenti e le aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci.

A tale scopo il gruppo di lavoro ha individuato, con riferimento ai cicli di bilancio, un calendario di attività triennale a partire dal secondo semestre 2013 fino al primo trimestre 2016 per la redazione di

un corpo di norme a più livelli: linee guida a livello regionale per la standardizzazione dei processi; procedure amministrativo-contabili uniformi a livello aziendale per garantire attendibilità ed uniformità dei dati contabili.

### Liste di attesa ed interventi chirurgici.

In materia di liste di attesa ed interventi chirurgici dall'autunno 2014 è operante a regime la procedura di gestione informatizzata delle liste operatorie (procedura Ormaweb) che consente, oltre alla gestione delle risorse di Sala Operatoria, di verificare che l'inserimento dei pazienti nelle liste avvenga in ordine strettamente cronologico, con evidenziazione delle eventuali deroghe, rispettando quindi sia il reale accesso alla lista che le priorità di ordine clinico.

### Acquisizioni sotto soglia

In materia di acquisti sotto soglia si applicano le disposizioni del D.L. 95/2012, convertito con modificazione dalla L. 135/2012.

Inoltre, all'inizio di ciascun anno, vengono adottati più atti deliberativi riferiti agli acquisti da effettuarsi ai sensi dall'art. 125 del D.Lgs. 163/2006. Nei predetti atti vengono indicate le tipologie analitiche degli acquisti da effettuarsi nel corso dell'anno con specificazione anche delle modalità di acquisizione di prodotti 'urgenti'.

### Procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara

Le procedure di acquisizione effettuate ai sensi dell'articolo 57 del D.Lgs. 163/2006 saranno oggetto di costante monitoraggio.

### Varianti in corso d'opera:

Le Strutture Aziendali interessate dovranno, di norma, prevedere che, nel caso di 'varianti in corso d'opera' il RUP sia affiancato da altro funzionario dell'Azienda o dal proprio Responsabile.

### Controlli e verifiche orarie (orario di servizio e di lavoro):

Nell'ambito delle funzioni di controllo centralizzato direzionale, verranno proceduralizzati i controlli e le verifiche orarie del personale, con standardizzazione degli stessi: a rotazione sui vari reparti e servizi, a campione o con le altre modalità che verranno ritenute più idonee. Ovviamente il controllo dovrà evidenziare non solo le anomalie e/o incongruenze, ma anche e soprattutto, in tale sede, l'effettivo conseguimento dei risultati attesi, ovvero l'effettuazione di tutte quelle azioni che risultano funzionali al superamento di comportamenti, se non proprio corruttivi, almeno indicanti un malfunzionamento dell'attività. Parimenti dovrà essere riscontrata la messa a punto di tutte quelle misure atte a prevenire comportamenti quanto meno poco corretti. Le risultanze di tali verifiche verranno semestralmente relazionate alla Direzione Amministrativa e Sanitaria, per l'adozione di eventuali misure conseguenti. Particolare attenzione verrà posta alla modalità di fruizione della mensa e al rispetto del D.Lgs. 66/2003 e smi.

### Attività Libero Professionale:

La libera professione medica intramuraria è regolamentata da un complesso di norme legislative e contrattuali che la connotano quale diritto dei professionisti sanitari operanti nel Servizio Sanitario Nazionale ed opportunità per gli utenti dello stesso, che effettuano la scelta del medico dal quale ottenere prestazioni sanitarie a pagamento.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 639 del 31.07.2014 è stato adottato il Regolamento aziendale che disciplina la libera professione intramuraria, sulla base dell'atto di indirizzo regionale di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 07.04.2014, n.372.

In particolare, per gli aspetti di interesse del presente Piano, è stato comunicato alla Regione Umbria l'attivazione entro la metà del mese di febbraio 2015 dell'infrastruttura di rete per il collegamento degli studi privati dove i professionisti sono autorizzati ad esercitare l'attività libero professionale, al fine di espletare il servizio di prenotazione ed inserire obbligatoriamente e comunicare in tempo reale all'azienda i dati relativi all'impegno orario, ai pazienti visitati, alle prescrizioni ed agli estremi dei pagamenti.

Riguardo a quest'ultimo aspetto – anche in questo caso entro la metà del mese di febbraio 2015 - il pagamento delle prestazioni erogate in attività libero professionale presso gli studi esterni autorizzati, verrà effettuato direttamente all'azienda da parte del paziente, mediante mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità degli importi.

### Regolamenti aziendali:

Tutti i regolamenti aziendali dovranno essere adeguati al presente PTPC e al Codice Etico e di Comportamento entro 30 giugno 2015. Analogamente per l'eventuale predisposizione di ulteriori regolamenti che si rendessero necessari nell'ambito dell'adeguamento alla nuova normativa in materia.

In caso di nuove disposizioni regolamentari e/o normative i Regolamenti Aziendali interessati dovranno essere adeguati entro 3 mesi dall'entrata in vigore.

### **6. Cronoprogramma delle competenze/adempimenti**

Competenze/Adempimenti	Soggetti	Termini
Proposta del Piano Triennale alla Direzione Aziendale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Entro il 20 gennaio di ogni anno
Adozione del P.T.P.C.	Direttore Generale	Entro il 31 gennaio di ogni anno
Trasmissione alle articolazioni Aziendali del PTPC	Direttore Generale e RPC	Entro il 15 febbraio di ciascun anno
Adeguamento Regolamenti Aziendali	Strutture di competenza	Entro il 30 giugno 2015
Trasmissione reportistica e/o rendicontazioni al RPC	Strutture ed organismi interessati	Entro il 31 maggio e il 30 novembre di ciascun anno
Relazione annuale di attuazione del Piano e trasmissione al DG.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Entro il 15 dicembre di ogni anno

Servizio Sanitario Nazionale

Regione Umbria



Via Tristano di Joannuccio 05100 Terni  
Cod. Fisc./Part. IVA 00679270553

## **PATTO D'INTEGRITA'**

Tra l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni ed i partecipanti alla

.....

Questo documento deve essere obbligatoriamente sottoscritto dal titolare o rappresentante legale della Ditta concorrente (nel caso di RTI ancora da costituire, il presente Patto dovrà essere sottoscritto in dal rappresentante legale di ogni impresa del costituendo raggruppamento) e presentato insieme all'offerta (Busta.....) da ciascun partecipante alla gara in oggetto. Dopo l'espletamento della presente gara, il documento verrà sottoscritto dal Rappresentante Legale dell'Azienda o suo delegato.

Questo documento costituirà parte integrante di qualsiasi contratto assegnato dalla stazione appaltante a seguito della presente gara.

Il Patto d'Integrità stabilisce l'obbligo reciproco, formale dell'Azienda Ospedaliera e dei partecipanti alla gara in oggetto di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché l'espreso impegno anticorruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, per ottenere la partecipazione alla gara, l'aggiudicazione della medesima e l'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione in danno dell'Amministrazione o di altra Impresa.

Il personale, i collaboratori, i consulenti dell'Azienda Ospedaliera impiegati ad ogni livello nell'espletamento di questa gara e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto assegnato,

## Azienda Ospedaliera S. Maria - Terni

---

sono consapevoli del presente Patto d'Integrità, ne condividono pienamente lo spirito, sono a conoscenza delle sanzioni previste a loro carico in caso di mancato rispetto del Patto.

L'Azienda Ospedaliera s'impegna a rendere pubblici i dati principali della gara:

- l'elenco dei concorrenti ed i relativi prezzi quotati;
- l'elenco delle offerte respinte con la motivazione dell'esclusione;
- le ragioni specifiche dell'assegnazione del contratto al vincitore con relativa attestazione del rispetto dei criteri di valutazione indicati nel capitolato di gara.

La sottoscritta Impresa individuale/Società si impegna a segnalare all'Amministrazione dell'Azienda Ospedaliera S. Maria ogni tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della gara e/o durante l'esecuzione dei contratti, da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque cerchi di condizionare direttamente o indirettamente, con ogni mezzo, le decisioni relative alla gara in oggetto.

La sottoscritta Impresa/Società dichiara altresì che non si è accordata e non si accorderà con altri partecipanti alla gara per limitare in alcun modo la concorrenza, anche mediante la costituzione di un "cartello" fra le imprese partecipanti.

Con la sottoscrizione del presente Patto, l'Impresa/Società dichiara di accettare che nel caso di mancato rispetto degli impegni assunti con questo Patto potranno essere applicate le seguenti sanzioni:

- risoluzione del contratto;
- incameramento della cauzione provvisoria o definitiva;
- risarcimento per danno arrecato all'Azienda Ospedaliera nella misura dell'8% del valore del contratto, fatto salvo il diritto al maggior danno;
- risarcimento del danno arrecato ad altri concorrenti partecipanti alla gara nella misura dell'1% del valore del contratto per ogni partecipante, fatto salvo il diritto al maggior danno.

Il presente Patto Anticorruzione e le relative sanzioni applicabili resteranno in vigore sino alla completa esecuzione del contratto assegnato a seguito della gara in oggetto.

Ogni controversia relativa all'interpretazione ed esecuzione del presente patto d'integrità fra l'Azienda Ospedaliera S. Maria ed i concorrenti e tra gli stessi concorrenti sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria competente.

Data

**TIMBRO DELLA DITTA E FIRMA  
DEL RAPPRESENTANTE LEGALE**

---

AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA

---



ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2	<b>GESTIONE DEL RISCHIO</b>		
2.A	<b>Indicare se sono stati effettuati controlli sulla gestione delle misure di trattamento dei rischi di corruzione:</b>		
2.A.1	Sì	x	
2.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
2.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
2.A.4	Se non sono stati effettuati controlli, indicare le motivazioni del loro mancato svolgimento:		
2.B	<b>Se sono stati effettuati controlli, indicare in quali delle seguenti aree sono state riscontrate irregolarità: (più risposte possibili)</b>		
2.B.1	Acquisizione e progressione del personale		
2.B.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture		
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.5	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)		<b>Rilevazione presenze-accesso mensa dipendenti</b>
2.C	<b>Se sono stati effettuati controlli, indicare come sono stati svolti nonché i loro esiti:</b>		Si è proceduto alla verifica di tutti coloro che hanno usufruito del servizio di mensa timbrando il badge all'ingresso della stessa; nel periodo gennaio-settembre c.a. sono state rilevate 67 sovrapposizioni orarie tra 'servizio' ed 'accesso' alla mensa, conseguentemente sono state inviate altrettante note ai dipendenti interessati e segnalazioni ai relativi responsabili di struttura/servizio con evidenziazione di eventuali comportamenti recidivanti.
2.D	<b>Indicare se le attività ispettive sono state incluse tra le aree esposte a rischio di corruzione:</b>		
2.D.1	Sì (indicare le eventuali irregolarità riscontrate)		
2.D.2	No, l'amministrazione non svolge attività ispettive	x	
2.D.3	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
2.D.4	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		

2.E	<b>Formulare un giudizio sul modello di gestione del rischio</b> (Qualora si ritenesse necessaria una revisione del modello, indicare le modifiche da apportare):		
3	<b>MISURE ULTERIORI</b>		
3.A	<b>Indicare se sono state attuate misure ulteriori rispetto a quelle obbligatorie:</b>		
3.A.1	Sì	<b>x</b>	
3.A.2	No, anche se era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
3.A.3	No, non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
3.B.	<b>Se sono state attuate misure ulteriori, indicare se tra di esse rientrano le seguenti misure: (più risposte possibili)</b>		
3.B.1	Attivazione di una procedura per la raccolta di segnalazioni da parte della società civile riguardo a eventuali fatti corruttivi che coinvolgono i dipendenti nonché i soggetti che intrattengono rapporti con l'amministrazione (indicare il numero di segnalazioni nonché il loro oggetto)		
3.B.2	Iniziative di automatizzazione dei processi per ridurre i rischi di corruzione (specificare quali processi sono stati automatizzati)	<b>x</b>	Nel corso del corrente anno è stata sviluppata e messa a regime la procedura di gestione informatizzata delle liste operatorie (Procedura Ormaweb). Tale procedura consente di verificare che l'inserimento dei paziente nelle liste avvenga in ordine strettamente cronologico rispettando quindi sia il reale accesso alla lista che le priorità di ordine clinico.
3.B.3	Attività di vigilanza nei confronti di enti e società partecipate e/o controllate con riferimento all'adozione e attuazione del PTPC o di adeguamento del modello di cui all'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 (solo se l'amministrazione detiene partecipazioni in enti e società o esercita controlli nei confronti di enti e società)	<b>x</b>	La Legge Regionale 9/2014 di costituzione della Soc. Consortile Umbria Salute ed il relativo Statuto pongono particolare attenzione all'esercizio del controllo analogo sulla società.
3.C	<b>Se sono state attuate misure ulteriori, formulare un giudizio sulla loro attuazione indicando quelle che sono risultate più efficaci nonché specificando le ragioni della loro efficacia:</b>		Parimenti sono stati effettuati controlli a campione sulle timbrature di tutti i dipendenti con evidenziazione, se del caso, di eventuali anomalie e/o incongruenze agli uffici responsabili della gestione dei 'cartellini'.
3.D	<b>Indicare le eventuali misure ulteriori che l'Ente dovrebbe adottare e attuare per rendere più efficace la prevenzione della corruzione:</b>		Le nuove ulteriori misure da adottare sono ora in fase di discussione ed elaborazione con i 'Referenti per la prevenzione della corruzione' e saranno previste nell'aggiornamento del PTPC.
4	<b>TRASPARENZA</b>		
4.A	<b>Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente":</b>		

4.A.1	Sì	x	
4.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTII con riferimento all'anno 2014		
4.A.3	No, la misura non era prevista dal PTII con riferimento all'anno 2014		
4.B	<b>Se è stato informatizzato il flusso della pubblicazione dei dati, indicare quali tra i seguenti dati è pubblicato sulla base di un flusso informatizzato: (più risposte possibili)</b>		
4.B.1	Dirigenti (art. 15 del d.lgs. n. 33/2013)	x	
4.B.2	Consulenti e collaboratori (art. 15 del d.lgs. n. 33/2013)	x	
4.B.3	Atti di concessione e vantaggi economici comunque denominati (art. 26 del d.lgs. n. 33/2013)		
4.B.4	Beni immobili e gestione del patrimonio (art. 30 del d.lgs. n. 33/2013)	x	
4.B.5	Servizi erogati (art. 32 del d.lgs. n. 33/2013)	x	
4.B.6	Tempi di pagamento (art. 33 del d.lgs. n. 33/2013)	x	
4.B.7	Tipologie di procedimento (art. 35 del d.lgs. n. 33/2013)	x	
4.B.8	Contratti (art. 37 del d.lgs. n. 33/2013)	x	
4.C	<b>Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico:</b>		
4.C.1	Sì (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)		
4.C.2	No	x	
4.D	<b>Indicare se sono state irrogate sanzioni in materia di trasparenza di cui all'art. 47 del d.lgs. 33/2013: (più risposte possibili)</b>		
4.D.1	Sì, nei confronti degli organi di indirizzo politico (indicare il numero di sanzioni)		
4.D.2	Sì, nei confronti dei dirigenti responsabili della pubblicazione (indicare il numero di sanzioni)		
4.D.3	Sì, nei confronti degli amministratori societari che non hanno comunicato dati ai soci pubblici (indicare il numero di sanzioni)		
4.D.4	No, anche se è stato disciplinato il procedimento con l'adozione di un regolamento		
4.D.5	No, non è stato disciplinato il procedimento	x	
4.D.6	No, non sono state riscontrate inadempienze		
4.E	<b>Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati:</b>		
4.E.1	Sì (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi)		
4.E.2	No, anche se era previsto dal PTII con riferimento all'anno 2014		
4.E.3	No, non era previsto dal PTII con riferimento all'anno 2014	x	

4.F	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento:		Buon livello di adempimento.
5	<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione:		
5.A.1	Sì	x	
5.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
5.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione:		
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali tra i seguenti ne sono stati i destinatari: (più risposte possibili)		
5.C.1	Responsabile della prevenzione della corruzione	x	
5.C.2	Organi di controllo interno		
5.C.3	Dirigenti	x	
5.C.4	Dipendenti	x	
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali tra le seguenti materie ne sono stati i contenuti: (più risposte possibili)		
5.D.1	Normativa anticorruzione e trasparenza	x	
5.D.2	Piano triennale di prevenzione della corruzione	x	
5.D.3	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità		
5.D.4	Gestione del rischio		
5.D.5	Codici di comportamento	x	
5.D.6	Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e conflitto d'interessi	x	
5.D.7	Normativa sui contratti pubblici		
5.D.8	Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblowing)	x	
5.D.9	Normativa penale sulla corruzione	x	
5.D.10	Altro (specificare i contenuti)		
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno erogato contenuti: (più risposte possibili)		
5.E.1	SNA		
5.E.2	Università		

5.E.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)		<b>Dirigente di altra Struttura pubblica debitamente autorizzato.</b>
5.E.4	Soggetto privato (specificare quali)		
5.E.5	Formazione in house		
5.E.6	Altro (specificare quali)		
5.F	<b>Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quale sono stati i criteri per l'affidamento degli incarichi di docenza</b>		Incarico conferito in base alla specifica competenza, disponibilità e minor compenso richiesto.
5.G	<b>Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti rispetto alla graduazione dei livelli di rischio per aree e ambiti dell'amministrazione:</b>		L'invito alle giornate di formazione è stato diramato a tutti i dirigenti medici di Struttura Complessa, Struttura Semplice, Struttura Semplice Dipartimentale, ai dirigenti del SITRO ed ai dirigenti e responsabili di PO amministrative di tutte le aree aziendali -con partecipazione della quasi totalità del personale afferente all'area amministrativa.
6	<b>ROTAZIONE DEL PERSONALE</b>		
6.A	<b>Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:</b>		
6.A.1	Numero dirigenti		<b>Numero 392 Dirigenti medici + 3 Dirigenti Amministrativi (di cui uno in aspettativa con conservazione del posto per altro incarico)</b>
6.A.2	Numero non dirigenti		<b>Numero 1198</b>
6.B	<b>Indicare se è stata effettuata la rotazione del personale:</b>		
6.B.1	Sì (riportare i dati quantitativi di cui si dispone relativi alla rotazione dei dirigenti e dei funzionari)		
6.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
6.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	<b>x</b>	
6.C	<b>Se non è stata effettuata la rotazione, indicare le ragioni della mancata rotazione:</b>		Come evidenziato nel PTPC la specificità dell'attività espletata non rende sempre possibile applicare il principio della rotazione del personale; competenze differenziate, professionalità ad alta specializzazione sono tutti fattori ostativi, in campo sanitario, al principio di che trattasi. Con riferimento al personale amministrativo particolarmente carente rispetto al numero complessivo del restante personale che si attesta mediamente su 1600 dipendenti/anno si rileva che gli incarichi dirigenziali e di PO, recentemente conferiti, non consentono di fatto l'opportuna rotazione.

6.D	<b>Se è stata effettuata la rotazione, indicare in quale area è stata effettuata: (più risposte possibili)</b>		
6.D.1	Acquisizione e progressione del personale		
6.D.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture		
6.D.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;		
6.D.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
6.D.5	Aree ulteriori (specificare quali)		
6.E	<b>Se è stata effettuata la rotazione, formulare un giudizio sulla rotazione del personale</b>		
7	<b>INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI</b>		
7.A	<b>Indicare se è stata richiesta la dichiarazione da parte dell'interessato dell'insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità:</b>		
7.A.1	Sì	x	
7.A.2	No		
7.B	<b>Se non è stata richiesta la dichiarazione da parte dell'interessato, indicare le ragioni della mancata richiesta:</b>		
7.C	<b>Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati:</b>		
7.C.1	Sì (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)		
7.C.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
7.C.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	x	
7.D	<b>Se non sono state effettuate verifiche, indicare le ragioni del loro mancato svolgimento:</b>		
7.E	<b>Formulare un giudizio sulle iniziative intraprese per la verifica delle situazioni di inconferibilità per incarichi dirigenziali:</b>		
8	<b>INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI</b>		
8.A	<b>Indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla presenza di situazioni di incompatibilità:</b>		
8.A.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di quelle che hanno dato luogo all'accertamento di violazioni)		
8.A.2	No	x	

8.B	<b>Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità:</b>		
8.B.1	Sì (indicare la periodicità dei controlli e il numero di violazioni accertate)		
8.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
8.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	x	
8.C	<b>Se non sono stati effettuati monitoraggi, indicare le ragioni del loro mancato svolgimento:</b>		
8.D	<b>Formulare un giudizio sulle iniziative intraprese per la verifica delle situazioni di incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali</b>		
9	<b>CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI</b>		
9.A	<b>Indicare se sono state rilasciate autorizzazioni allo svolgimento di incarichi:</b>		
9.A.1	Sì (indicare il numero di richieste autorizzate e il numero di richieste non autorizzate distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti)	x	Gli incarichi conferiti ed autorizzati sono stati 257 (di cui 110 a titolo gratuito e 147 retribuiti). Nessuna mancata autorizzazione.
9.A.2	No		
9.B	<b>Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi:</b>		
9.B.1	Sì	x	
9.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
9.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
9.C	<b>Se non è stata adottata una procedura prestabilita, indicare le ragioni della mancata adozione</b>		
9.D	<b>Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati:</b>		
9.D.1	Sì (indicare le segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)	x	Pervenuta una segnalazione accertata per la quale la Direzione Aziendale ha provveduto ad avviare la contestazione.
9.D.2	No		
9.E	<b>Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per verificare la presenza di incarichi extra-istituzionali non autorizzati:</b>		
9.E.1	Sì (indicare la periodicità dei controlli e il numero di violazioni accertate)		
9.E.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
9.E.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	x	
9.F	<b>Se non sono stati effettuati monitoraggi, indicare le ragioni del loro mancato svolgimento</b>		Non è presente un servizio ispettivo.

10	<b>TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA LA GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)</b>		
10.A	<b>Indicare se è stata attivata una procedura per la raccolta di segnalazione di illeciti da parte di dipendenti pubblici dell'amministrazione:</b>		
10.A.1	Sì	x	
10.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
10.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
10.B	<b>Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione:</b>		
10.C	<b>Se è stata attivata la procedura, indicare attraverso quale tra i seguenti mezzi sono inoltrate le segnalazioni:</b>		
10.C.1	Documento cartaceo	x	
10.C.2	Email		
10.C.3	Sistema informativo dedicato		
10.C.4	Sistema informativo dedicato con garanzia di anonimato	x	
10.D	<b>Se è stata attivata la procedura, indicare da quali soggetti sono pervenute le segnalazioni:</b>		
10.D. <sub>1</sub>	Personale dirigente (indicare il numero delle segnalazioni)		
10.D. <sub>1</sub>	Personale non dirigente (indicare il numero delle segnalazioni)		
10.D. <sub>2</sub>	Nessuno	x	
10.E	<b>Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a casi di discriminazione dei dipendenti che hanno segnalato gli illeciti:</b>		
10.E.1	Sì (indicare il numero di casi)		
10.E.2	No		
10.F	<b>Indicare se sono pervenute segnalazioni in assenza di una procedura o che non hanno utilizzato la procedura attivata:</b>		
10.F.1	Personale dirigente (indicare il numero delle segnalazioni)		
10.F.2	Personale non dirigente (indicare il numero delle segnalazioni)		
10.F.3	Altro (indicare il numero di segnalazioni e la tipologia di soggetti)		
10.F.4	Nessuna	x	

10.G	<b>Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie</b>		Il sistema è stato attivato rispettando le prescrizioni previste sia dalla L.190/2012 che dal PNA. Le segnalazioni effettuate attraverso il sistema informatico dedicato sono memorizzate in 'formato crittografico' e visibili in 'chiaro' soltanto al RPC. Pertanto la procedura può ritenersi sufficientemente garantista della tutela del segnalante.
11	<b>CODICE DI COMPORTAMENTO</b>		
11.A	<b>Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013):</b>		
11.A.1	Sì	<b>x</b>	
11.A.2	No		
11.B	<b>Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono stati adeguati gli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice</b>		
11.B.1	Sì	<b>x</b>	
11.B.2	No		
11.C	<b>Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute richieste di parere relative all'applicazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:</b>		
11.C.1	Sì (indicare il numero di pareri rilasciati)		
11.C.2	No	<b>x</b>	
11.D	<b>Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione :</b>		
11.D.1	Sì (indicare il numero delle segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
11.D.2	No	<b>x</b>	
11.E	<b>Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a procedimenti disciplinari:</b>		
11.E.1	Sì (indicare il numero di procedimenti disciplinari specificando il numero di quelli che hanno dato luogo a sanzioni)		
11.E.2	No		

11.F	<b>Formulare un giudizio sulle modalità di elaborazione e adozione del codice di comportamento:</b>		Il Codice Etico e di Comportamento Aziendale è stato pre-adoptato nel mese di dicembre 2013 e pubblicato, per la fase partecipativa, sul sito aziendale, per i due mesi successivi, con invito a chi fosse interessato di avanzare segnalazioni ed osservazione. Dopo l'approvazione del Nucleo di Valutazione e l'adozione definitiva, onde garantire la massima diffusione ed un puntuale controllo sull'attuazione e rispetto del Codice, lo stesso è stato notificato a tutti i Responsabili di Struttura Complessa e Strutt. Semplice e sono state adottate ulteriori misure meglio dettagliate nelle Considerazioni Generali.
<b>12</b>	<b>PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI</b>		
12.A	<b>Indicare se nel corso del biennio 2013-2014 sono pervenute segnalazioni che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi:</b>		
12.A.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di quelle che hanno dato luogo all'avvio di procedimenti disciplinari o penali)	<b>x</b>	1
12.A.2	No		
12.B	<b>Indicare se nel corso del biennio 2013-2014 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti:</b>		
12.B.1	Sì (indicare il numero di procedimenti)	<b>x</b>	8
12.B.2	No		
12.C	<b>Se nel corso del biennio 2013-2014 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se tali procedimenti hanno dato luogo a sanzioni:</b>		
12.C.1	Sì, multa (indicare il numero)		
12.C.2	Sì, sospensione dal servizio con privazione della retribuzione (indicare il numero)		
12.C.3	Sì, licenziamento (indicare il numero)	<b>x</b>	1
12.C.4	Sì, altro (specificare quali)		
12.D	<b>Se nel corso del biennio 2013-2014 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi</b>		
12.D. 1	Sì, peculato – art. 314 c.p.		
12.D. 2	Sì, Concussione - art. 317 c.p.	<b>x</b>	n° 1 procedimento a carico di Dirigente Medico
12.D. 3	Sì, Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.		
12.D. 4	Sì, Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.		

12.D. 5	Sì, Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.		
12.D. 6	Sì, induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.		
12.D. 7	Sì, Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.		
12.D. 8	Sì, Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.		
12.D. 9	Sì, altro (specificare quali)		
12.D. 10	No		
12.E	<b>Se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi, indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti penali</b> (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna area distinto tra dirigenti e non dirigenti):		
12.E.1	Acquisizione e progressione del personale		
12.E.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture		
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;		
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
12.E.5	Altre aree dell'amministrazione (indicare quali)	x	Liste di attesa.
13	<b>ALTRE MISURE</b>		
13.A	<b>Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per verificare l'esistenza di situazioni in cui dipendenti pubblici cessati dal servizio sono stati assunti o hanno svolto incarichi professionali presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione secondo quanto previsto dall'art. 53, comma 16-ter del d.lgs. 165/2001:</b>		
13.A.1	Sì (indicare il numero di casi monitorati e il numero di violazioni accertate distinguendo tra assunzioni e incarichi professionali)		
13.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
13.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	x	
13.B	<b>Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per accertare il rispetto del divieto di contrattare contenuto nell'art. 53, comma 16-ter del d.lgs. n. 165/2001:</b>		
13.B.1	Sì (indicare il numero di casi monitorati e il numero di violazioni accertate)		
13.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
13.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	x	
13.C	<b>Indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001:</b>		

13.C.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
13.C.2	No	x	
13.D	<b>Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per verificare il rispetto dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001:</b>		
13.D.1	Sì (indicare la periodicità dei controlli e il numero di violazioni accertate)		La Direzione Risorse Umane effettua le verifiche sulla totalità dei casi di nuove assunzioni; l'Uff. Acquisizioni Beni e Servizi ha effettuato verifiche a campione sino al 30/11 u.s., dopo tale data le verifiche vengono effettuate sulla totalità dei casi. Non sono state accertate violazioni.
13.D.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
13.D.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
13.E	<b>Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati:</b>		
13.E.1	Sì (indicare il numero di contratti interessati dall'avvio di azioni di tutela)		
13.E.2	No	x	
13.F	<b>Indicare se è stata effettuata la rotazione degli incarichi di arbitrato:</b>		
13.F.1	Sì (specificare se sono stati adottati criteri di pubblicità dell'affidamento di incarichi)		
13.F.2	No, anche se sono stati affidati incarichi di arbitrato		
13.F.3	No, non sono stati affidati incarichi di arbitrato	x	
13.G	<b>Indicare se sono pervenuti suggerimenti e richieste da parte di soggetti esterni all'amministrazione con riferimento alle politiche di prevenzione della corruzione: (più risposte possibili)</b>		
13.G.1	Sì, suggerimenti riguardo alle misure anticorruzione		
13.G.2	Sì, richieste di chiarimenti e approfondimenti riguardanti le misure anticorruzione adottate		
13.G.3	No	x	
13.H	<b>Formulare un giudizio sulle misure sopra citate specificando le ragioni della loro efficacia oppure della loro mancata adozione o attuazione:</b>		Rispetto disposizioni previste dall'art. 53, c. 16-ter D.Lgs. 165/2001: in tutti i contratti di assunzione a tempo indeterminato è stata inserita la specifica clausola, inoltre l'Ufficio Acquisizione Beni e Servizi ha inserito nella documentazione di gara tale disposizione.

**PROCEDURA DI SEGNALAZIONI DI ILLECITI O DI IRREGOLARITÀ  
DA PARTE DEI DIPENDENTI O COLLABORATORI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA  
E RELATIVE FORME DI TUTELA.**

-----

**1. Fonte normativa e natura dell'istituto.**

L'art. 1, comma 51, della L. 190/2012 ha inserito nell'ambito del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n.165, un nuovo articolo, il 54 bis<sup>1</sup>, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", in virtù del quale è stata introdotta nel nostro ordinamento una misura finalizzata a favorire la segnalazione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come *whistleblowing*.

L'espressione *whistleblower* sta ad indicare il dipendente di un'amministrazione che, pur rischiando personalmente, segnala agli organi legittimati ad intervenire violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico, contribuendo in tal modo all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e per l'interesse pubblico collettivo.

Attraverso la segnalazione, il dipendente contribuisce all'emersione di illeciti e di irregolarità, dà prova di forte senso civico ed assolve ad una importante funzione sociale di prevenzione e contrasto della corruzione. In ragione di tutto ciò, la procedura per le segnalazioni include espressamente forme di tutela del *whistleblower*, così come previsto dal citato art. 54 bis del D. Lgs 165/2001 e dal Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.).

**2. Scopo e finalità della procedura.**

Considerato che il Piano Nazionale Anticorruzione così recita "Ciascuna amministrazione deve prevedere al proprio interno canali differenziati e riservati per ricevere le segnalazioni la cui gestione deve essere affidata a un ristrettissimo nucleo di persone (2/3). Inoltre occorre prevedere dei codici sostitutivi dei dati identificativi del denunciante e predisporre modelli per ricevere le informazioni ritenute utili per individuare gli autori della condotta illecita e le circostanze del fatto." scopo della presente procedura è di rimuovere sia eventuali dubbi e incertezze nel dipendente su come

---

<sup>1</sup> art.54 bis del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165:

1. Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto a ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

2. Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

3. L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della funzione pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.

4. La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

effettuare le segnalazioni, sia anche di fugare i timori di ritorsioni o discriminazioni conseguenti alla segnalazione stessa, fornendo chiare indicazioni operative circa l'oggetto della segnalazione, il suo contenuto, i destinatari della segnalazione e le forme di tutela previste nei confronti del "segnalante o whistleblower".

### **3. Oggetto della segnalazione.**

La segnalazione può avere ad oggetto comportamenti, rischi, reati o irregolarità consumati o tentati a danno dell'interesse pubblico.

La segnalazione non può riguardare, invece, doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni/istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro, o rapporti con il superiore gerarchico o con i colleghi, per le quali occorre fare riferimento alla struttura competente.

In particolare la segnalazione può riguardare azioni od omissioni, commesse o tentate, che siano

- Penalmente rilevanti;
- Poste in essere in violazione dei Codici di Comportamento o di altre disposizioni aziendali sanzionabili in via disciplinare;
- Suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale e/o d'immagine all'Azienda;

### **4. Contenuto della segnalazione.**

La segnalazione, visto anche il modello predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica, deve contenere tutti gli elementi utili ad accertare la fondatezza dei fatti oggetto della segnalazione, onde consentire agli uffici competenti di procedere alle dovute verifiche.

In particolare la segnalazione deve contenere i seguenti elementi:

- a) generalità del soggetto che effettua la segnalazione, con indicazione della posizione o funzione svolta nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera;
- b) data e luogo fisico in cui si è verificato il fatto;
- c) se le azioni poste in essere siano penalmente rilevanti, violino Codici o altre disposizioni Aziendali o siano suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale e/o di immagine all'Azienda;
- d) una chiara e completa descrizione dei fatti oggetto di segnalazione;
- e) le generalità o ogni altro elemento che consenta di identificare il soggetto/i che ha/hanno posto in essere i fatti segnalati;
- f) l'indicazione di eventuali altri soggetti che possano riferire sui fatti oggetto di segnalazione;
- g) l'indicazione di eventuali documenti che possano confermare la fondatezza di tali fatti.

In calce alla segnalazione, se prodotta in forma cartacea, deve essere apposta la data e la firma del segnalante.

E' comunque indispensabile che la denuncia presentata dal "segnalante" sia circostanziata, riguardi fatti riscontrabili e conosciuti direttamente dal denunciante e non riportati o riferiti da altri soggetti e contenga tutte le informazioni sopradescritte.

Le segnalazioni anonime, anche se recapitate con le modalità previste dal presente documento, non verranno prese in considerazione.

La segnalazione va prodotta sull'apposito MODELLO PER LA SEGNALAZIONE DI ILLECITI O IRREGOLARITA', allegato alla presente procedura e reperibile sul sito web aziendale, nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione.

#### **5. Modalità e destinatari della segnalazione e modalità di invio.**

Il MODELLO, di cui al punto precedente, deve essere indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e/o al Direttore della Struttura di appartenenza (o Direttore Sanitario/Amministrativo).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione provvederà alla protocollazione delle segnalazioni in arrivo in un apposito protocollo riservato cartaceo.

La segnalazione può essere presentata con le seguenti modalità:

- a) a mezzo del servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e/o al Direttore della Struttura di appartenenza, per poter usufruire della garanzia della riservatezza è necessario che la segnalazione venga inserita in una busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "RISERVATA/PERSONALE".
- b) In forma elettronica utilizzando il dedicato portale web raggiungibile all'indirizzo: <http://aospws/sii-web/index.htm> i dati saranno memorizzati in formato crittografato onde garantire l'anonimato del segnalante (contale modalità la segnalazione perverrà al solo Responsabile della Prevenzione della Corruzione che procederà ad informare il relativo Direttore di Struttura).

#### **6. Attività di verifica della fondatezza della segnalazione.**

La segnalazione sarà oggetto di trattazione congiunta da parte del RPC ed il Responsabile della Struttura di afferenza del segnalante o, se coinvolto il Responsabile della Struttura, della Direzione strategica di competenza (Sanitaria o Amministrativa).

Il RPC ed il soggetto interessato, di cui al capo precedente, verificano la fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione attraverso ogni attività che sarà ritenuta opportuna, compresa l'audizione personale del segnalante (da effettuarsi in luogo 'protetto') e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati, nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza.

Nella attività di gestione e verifica della fondatezza della segnalazione il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed il Responsabile interessato possono avvalersi della collaborazione delle strutture aziendali competenti e, all'occorrenza, delle autorità di Pubblica Sicurezza.

Nel caso in cui, completata l'attività di verifica, la segnalazione risulti fondata, in tutto o in parte, l'RPC ed il Responsabile provvederanno, in relazione alla natura della segnalazione, a:

- a) comunicare l'esito dell'accertamento alla Direzione Aziendale, per le ulteriori eventuali azioni che si rendano necessarie a tutela dell'Azienda, omettendo di segnalare il nominativo del segnalante, ai sensi dell'orientamento n. 42/2014 dell'A.N.AC., fatti salvi i casi espressamente indicati dalla normativa e precisati ai paragrafi successivi;
- b) comunicare l'esito dell'accertamento al Responsabile della struttura di appartenenza dell'autore della violazione accertata, affinché provveda all'avvio dei provvedimenti disciplinari di competenza;
- c) Presentare denuncia all'autorità giudiziaria competente.

## **7. Forme di tutela del whistleblower/segnalante.**

Ad eccezione dei casi in cui sia configurabile una responsabilità a titolo di calunnia e di diffamazione, ai sensi delle disposizioni del codice penale o dell'art. 2043 C.C. e delle ipotesi in cui l'anonimato non è opponibile per legge (es. indagini penali, tributarie o amministrative), l'identità del segnalante viene protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione.

Pertanto, fatte salve le eccezioni di cui sopra, l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo espresso consenso e tutti coloro che ricevono o sono coinvolti nella gestione della segnalazione sono tenuti a tutelare la riservatezza di tale informazione.

La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento.

Per quanto concerne, in particolare, l'avvio di un eventuale procedimento disciplinare a seguito della segnalazione-denuncia, l'identità del segnalante può essere rivelata all'accusato solo nei casi in cui, in alternativa:

- vi sia il consenso espresso del segnalante;
- la contestazione dell'addebito disciplinare, risultando fondato in tutto o in parte, renda la conoscenza dell'identità del segnalante assolutamente indispensabile alla difesa dell'accusato, purché tale circostanza venga da quest'ultimo dedotta e comprovata in sede di audizione o mediante la presentazione di memorie difensive.

La segnalazione, come previsto dall'art. 54 bis, comma 4, del D.Lgs. n. 165 del 2001, è sottratta all'accesso, istituto disciplinato dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990 e ss.mm.ii.

Il dirigente che, ai sensi dell'art. 54 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001, quale superiore gerarchico, riceve informazioni da un proprio collaboratore, di un illecito o di una irregolarità, è tenuto a proteggerne l'identità e a invitarlo ad effettuare segnalazione anche al Responsabile della Prevenzione della Corruzione oppure provvedere direttamente, secondo una delle modalità di cui all'art. 5.

In caso di omissione e di mancata protezione del segnalante, il dirigente risponde disciplinarmente e, se sussistono i presupposti, incorre nelle altre forme di responsabilità previste dall'ordinamento.

La comunicazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione non integra gli estremi della violazione dell'obbligo di protezione, da parte del dirigente, dell'identità del segnalante.

## **8. Segnalazione di discriminazioni.**

I segnalanti che denunciano all'Autorità Giudiziaria o alla Corte dei Conti o all'A.N.AC. o al superiore gerarchico o al Responsabile della Prevenzione della Corruzione condotte illecite di cui siano venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non possono essere sanzionati, licenziati o sottoposti ad alcuna misura discriminatoria per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla denuncia.

Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di condizionamento dei percorsi lavorativi.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver segnalato un illecito:

1. Deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, il quale valuterà la sussistenza degli elementi per poi, a

sua volta, comunicare su quanto accaduto al dirigente sovraordinato del dipendente, all'UPD e all'Ufficio Legale dell'Azienda, per gli accertamenti e i provvedimenti di competenza.

2. Può dare notizia dell'avvenuta discriminazione, direttamente o attraverso una organizzazione sindacale maggiormente rappresentativa in Azienda, al Dipartimento Funzione Pubblica.

## 9. La responsabilità del segnalante.

La tutela del segnalante non può essere assicurata nei casi in cui questi incorra, con la denuncia, in responsabilità a titolo di calunnia<sup>2</sup> e di diffamazione<sup>3</sup> ai sensi delle disposizioni del codice penale, o in responsabilità civile extracontrattuale, ai sensi dell'art. 2043<sup>4</sup> del codice civile.

Inoltre l'anonimato del segnalante non può essere garantito in tutte le ipotesi in cui l'anonimato stesso non è opponibile per legge (come per es. nel corso di indagini giudiziarie, tributarie).

Inoltre, nel caso in cui, a seguito di verifiche interne, la segnalazione risulti priva di ogni fondamento saranno valutate azioni di responsabilità disciplinare o penale nei confronti del segnalante, salvo che questi non produca ulteriori elementi a supporto della propria denuncia.

---

### <sup>2</sup> C.P.: Art. 368- Calunnia.

*"Chiunque, con denuncia, querela, richiesta o istanza, anche se anonima o sotto falso nome, diretta all'autorità giudiziaria o ad un'altra autorità che a quella abbia obbligo di riferirne o alla Corte penale internazionale, incolpa di un reato taluno che egli sa innocente, ovvero simula a carico di lui le tracce di un reato, è punito con la reclusione da due a sei anni.*

*La pena è aumentata se s'incolpa taluno di un reato pel quale la legge stabilisce la pena della reclusione superiore nel massimo a dieci anni, o un'altra pena più grave.*

*La reclusione è da quattro a dodici anni, se dal fatto deriva una condanna alla reclusione superiore a cinque anni; è da sei a venti anni, se dal fatto deriva una condanna all'ergastolo; ...omissis..."*

### <sup>3</sup> C.P.: Art. 595- Diffamazione.

*"Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente (ingiuria), comunicando con più persone, offende l'altrui reputazione, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a euro 1.032.*

*Se l'offesa consiste nell'attribuzione di un fatto determinato, la pena è della reclusione fino a due anni, ovvero della multa fino a euro 2.065.*

*Se l'offesa è recata col mezzo della stampa o con qualsiasi altro mezzo di pubblicità, ovvero in atto pubblico, la pena è della reclusione da sei mesi a tre anni o della multa non inferiore a euro 516.*

*Se l'offesa è recata a un Corpo politico, amministrativo o giudiziario, o ad una sua rappresentanza o ad una autorità costituita in collegio, le pene sono aumentate."*

### <sup>4</sup> C.C.: Art. 2043- Risarcimento per fatto illecito.

*" Qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno."*

MODELLO PER LA SEGNALAZIONE DI ILLECITI O IRREGOLARITA'

I **dipendenti** ed i **collaboratori** dell'Azienda Ospedaliera S. Maria che intendono segnalare situazioni di illecito o irregolarità di cui sono venuti a conoscenza nell'amministrazione **debbono/posso** utilizzare questo modello, che è scaricabile sul sito istituzionale [www.aospterni.it](http://www.aospterni.it) link Anticorruzione – Prevenire il rischio.

NOME E COGNOME DEL SEGNALANTE	
QUALIFICA O POSIZIONE PROFESSIONALE <sup>1</sup>	
SEDE DI SERVIZIO	
TEL/CELL	
E-MAIL	
DATA/PERIODO IN CUI SI È VERIFICATO IL FATTO:	gg/mm/aaaa
LUOGO FISICO IN CUI SI È VERIFICATO IL FATTO:	<input type="checkbox"/> UFFICIO (indicare denominazione e indirizzo della struttura) <input type="checkbox"/> ALL'ESTERNO DELL'UFFICIO (indicare luogo ed indirizzo)
RITENGO CHE LE AZIONI OD OMISSIONI COMMESSE O TENTATE SIANO <sup>2</sup> :	<input type="checkbox"/> penalmente rilevanti; <input type="checkbox"/> poste in essere in violazione dei Codici di comportamento o di altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare; <input type="checkbox"/> suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all'Azienda; <input type="checkbox"/> suscettibili di arrecare un pregiudizio alla immagine dell'Azienda; <input type="checkbox"/> altro (specificare)
DESCRIZIONE DEL FATTO (CONDOTTA ED EVENTO)	

<sup>1</sup>Qualora il segnalante rivesta la qualifica di pubblico ufficiale, l'invio della presente segnalazione non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale.

<sup>2</sup> La segnalazione non riguarda rimostranze di carattere personale del segnalante o richieste che attengono alla disciplina del rapporto di lavoro o ai rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento alla struttura competente.

AUTORE/I DEL FATTO <sup>3</sup>	1. .... 2. .... 3. ....
ALTRI EVENTUALI SOGGETTI A CONOSCENZA DEL FATTO E/O IN GRADO DI RIFERIRE SUL MEDESIMO <sup>4</sup>	1. .... 2. .... 3. ....
EVENTUALI ALLEGATI A SOSTEGNO DELLA SEGNALAZIONE	1. .... 2. .... 3. ....

Altro \_\_\_\_\_

DATA

-----

FIRMA

\_\_\_\_\_

N.B. Allegare copia del documento di identità in corso di validità/Indicare tipo ed estremi documento di riconoscimento.

<sup>3</sup> Indicare i dati anagrafici se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento idoneo all'identificazione

<sup>4</sup> Indicare i dati anagrafici se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento idoneo all'identificazione