

**Deliberazione del Direttore Generale n. 66 del 29/01/2014**

**Oggetto:** Adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione 2014-2016

**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. Provv. 80 del 29/01/2014 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;
- 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 in data 28/11/2012 è entrata in vigore la legge 6/11/2012 n. 190 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” finalizzata all’introduzione, ed alla conseguente attuazione di efficaci strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e più in generale dell’illegalità all’interno della pubblica amministrazione;

**RICHIAMATI:**

- Il Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della 6 novembre 2012, n. 190”;
- Il Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della Pubblica Amministrazione”

RICHIAMATO inoltre quanto contenuto nel Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall’A.N.AC. con delibera n. 72 dell’ 11/9/2013 che prevede importanti indicazioni per la redazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione aziendale (P.T.P.C.) in termini di strategia da adottare e tematiche da disciplinare;

RICHIAMATA la Deliberazione del Direttore Generale n. 682, del 27/11/2013, con la quale è stato nominato Responsabile della prevenzione della corruzione dell’Azienda Ospedaliera, ai sensi della sopracitata L. 190/2012, il Dott. Moreno Sarti, Dirigente Amministrativo titolare di incarico di direzione della struttura complessa “Attività Economiche e servizi alberghieri”, ed individuato un Gruppo di lavoro incaricato di collaborare, con il Responsabile, nella fase di redazione ed applicazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;

**ATTESO CHE:**

- Il piano è stato predisposto con le modalità specificatamente indicate all’interno dello stesso, dal Responsabile della prevenzione della corruzione e condiviso con il Direttore Amministrativo e pertanto è stato proposto per l’adozione;
- Che la data ultima per la sua adozione e trasmissione al Dipartimento della Funzione Pubblica è stata fissata al 31 gennaio c.m.;
- L’adozione del P.T.P.C. deve essere pubblicizzata all’interno del sito aziendale nelle apposite sezioni (Amministrazione Trasparente e Anticorruzione) nonché mediante segnalazione, via e-mail, a tutti i dipendenti titolari di indirizzo di posta elettronica aziendale;

**SI PROPONE DI DELIBERARE**

Di adottare il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2014-2016 allegato alla presente delibera quale parte integrante;

Di incaricare i Referenti per la Prevenzione della Corruzione, e gli altri soggetti individuati ai punti dal 5.4 al 5.9 del Piano, di esercitare le funzioni di cui al P.T.P.C. e di curare l’attivazione di quanto nello stesso previsto nell’ambito di competenza;

Di trasmettere il P.T.P.C. al Dipartimento della Funzione Pubblica per via telematica (indirizzo [piani.prevenzionecorruzione@funzionepubblica.it](mailto:piani.prevenzionecorruzione@funzionepubblica.it)) così come previsto dal Dipartimento stesso;

Di dare mandato all'Ufficio Informatico di procedere alla segnalazione dell'avvenuta adozione del P.T.P.C., via e-mail, a ciascun dipendente titolare di indirizzo di posta elettronica aziendale;

Di notificare la presente deliberazione a tutti i Dirigenti e Titolari di P.O. dell'area sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa;

Di individuare quale responsabile del procedimento amministrativo, ai sensi della Legge 241/90, il Dott. Andrea Lorenzoni, Collaboratore Amministrativo.

Il Responsabile del procedimento  
(Dott. Andrea Lorenzoni)



AZIENDA  
OSPEDALIERA  
SANTA MARIA  
TERNI

Piano Triennale di Prevenzione  
della Corruzione  
2014-2016

**INDICE**

- 1. Premessa**
- 2. Definizione di corruzione.**
- 3. Percorso di adozione ed obiettivi del P.T.P.C.**
- 4. Riferimenti normativi.**
- 5. Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione dell'Azienda Ospedaliera**
- 6. Individuazione e valutazione del rischio per attività.**
- 7. Azioni e misure per la prevenzione**
- 8. Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti.**
- 9. 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.

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.

Nel consolidamento di questa ottica ed in ottemperanza della legge 6 novembre 2012 n. 190, viene predisposto il presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

## 2. Definizione di corruzione.

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione dell'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni ha lo scopo, considerata la ratio della L. 190/2012 e le disposizioni del Piano Nazionale Anticorruzione, 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 a un abuso, del proprio ruolo, della propria funzione o del proprio potere al fine di ottenere, anche solo potenzialmente, per se 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*.

## 3. Percorso di adozione ed obiettivi del P.T.P.C.

Con l'approvazione della Legge n. 190 del 6.11.2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", l'ordinamento italiano si è orientato, nel contrasto alla corruzione, verso un sistema di prevenzione che si articola, a livello nazionale, con l'adozione del Piano Nazionale Anticorruzione e, a livello di ciascuna amministrazione, mediante l'adozione di Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione.

Il P.N.A. è stato predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica, sulla base delle linee guida impartite dal Comitato Interministeriale istituito con D.P.C.M. 16.1.2013, ed approvato dalla Commissione Indipendente per la Valutazione, l'Integrità e la Trasparenza, individuata quale Autorità Nazionale Anticorruzione. Il Piano rappresenta lo strumento attraverso il quale sono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione nella Pubblica Amministrazione a livello nazionale e si definiscono le indicazioni da fornire alle amministrazioni per facilitare e rendere omogenea l'elaborazione dei Piani triennali di prevenzione a livello locale. Il Piano Nazionale Anticorruzione è stato approvato dalla C.I.V.I.T. in data 11.9.2013 con deliberazione n. 72/2013.

L'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni intende adempiere al dettato normativo mediante l'approvazione del presente Piano tenendo conto della peculiarità dell'attività svolta, della sua struttura organizzativa e della sua dotazione organica.

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 intende dare 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 del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- h) il monitoraggio dei rapporti tra amministrazione e soggetti che con la stessa stipulano contratti;
- i) gli adempimenti correlati al D.Lgs. 39/2013.

A tal fine si è provveduto, con provvedimento n. 682/2013, a nominare il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (R.P.C.), le cui attribuzioni sono disciplinate all'art. 1 comma 8 della Legge 190/2012, coadiuvato, nella fase di redazione del Piano e nelle fasi di sua applicazione, verifica ed aggiornamento, dai Responsabili delle seguenti Strutture amministrative:

- Responsabile della Direzione 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.

Ai sensi del DPR 16 aprile 2013 n°62 e della Legge n°190/2012 è stato preadottato, con provvedimenti n. 766/2013 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.

Ciò premesso l'Azienda Ospedaliera S. Maria con l'adozione del presente Piano si propone, come sopra evidenziato, di dare 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.

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".

#### 4. Riferimenti normativi.

- 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 inconferibilità 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
- 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.



### **5. 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..

#### **5.1 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.

#### **5.2 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 predispone 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 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. Tale documento dovrà contenere un nucleo minimo di indicatori sull'efficacia delle politiche di prevenzione con riguardo ai seguenti ambiti:

### **Gestione dei rischi**

- azioni intraprese per affrontare i rischi di corruzione
- controlli sulla gestione dei rischi di corruzione
- automatizzazione dei processi per ridurre i rischi di corruzione.

### **Formazione in tema di anticorruzione**

- quantità di formazione in tema di anticorruzione erogata in giornate/ore
- tipologia dei contenuti offerti
- articolazione dei destinatari della formazione in tema di anticorruzione
- articolazione dei soggetti che hanno erogato la formazione in tema di anticorruzione

### **Codice Etico e di Comportamento Aziendale**

- adozione delle integrazioni al Codice Etico e di Comportamento Aziendale
- denunce delle violazioni al Codice Etico e di Comportamento Aziendale
- attività dell'ufficio competente ad emanare pareri sulla applicazione del Codice

### **Altre iniziative**

- numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi
- esiti di verifiche e controlli su cause di inconfirabilità e incompatibilità degli incarichi
- forme di tutela offerte ai *whistleblowers*
- ricorso all'arbitrato secondo criteri di pubblicità e rotazione
- rispetto dei termini dei procedimenti
- iniziative nell'ambito dei contratti pubblici
- iniziative previste nell'ambito dell'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere

### **Sanzioni**

- numero e tipo di sanzioni irrogate

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.

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

In considerazione del carattere complesso della sua organizzazione sanitaria ed amministrativa sono 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 DITRO.

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.

### **5.4 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 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.

### **5.5 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..

### **5.6 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).

### 5.7 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 encomi, 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.

### 5.8 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.

### **5.9 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.

### **6. Individuazione e valutazione del rischio per attività.**

In data 11 settembre 2013, da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione, è stato approvato il Piano Nazionale Anticorruzione elaborato dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi della legge n. 190/2012. Il Piano 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.

## Azienda Ospedaliera S. Maria - Terni

---

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.

I Referenti per la Prevenzione della Corruzione ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione hanno pertanto elaborato la **"Scheda di mappatura dei processi e di analisi del rischio di 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 Referente per la prevenzione della corruzione, per le aree di propria competenza (anche a seguito di confronto tra referenti di aree omogenee), tenendo ovviamente presenti le peculiarità dell'Azienda, l'esperienza e le azioni di monitoraggio/controllo già in uso.

## Azienda Ospedaliera S. Maria - Terni

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.

Le schede predisposte dai vari referenti, secondo i criteri sopra specificati, sono state oggetto di confronto, nel corso di varie riunioni, tra tutti i Responsabili specificati al precedente punto 3. Le stesse, per evidenza istruttoria, sono allegate al presente Piano.

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



## Azienda Ospedaliera S. Maria - Terni

<p>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.</p>	ALTO	S.S. Ingegneria Ospedaliera
<p>Concorsi e prove selettive per il personale di ogni ruolo a tempo determinato, indeterminato, collaborazioni, Mobilità in entrata ed in uscita, Autorizzazioni allo svolgimenti di incarichi extraistituzionali, Controllo e/o gestione dell'orario di servizio e di lavoro. Part-time.</p>	MEDIO	Direzione Risorse Umane
<p>Procedura affidamento servizi e forniture. Processi di: individuazione dello strumento-istituto per l'affidamento, Requisiti di qualificazione, Procedure negoziate, Affidamenti diretti, Redazione del cronoprogramma, Varianti in corso di esecuzione, Subappalto, Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto, Requisiti tecnici.</p>	MEDIO	P.O. Acquisizione Beni e Servizi
<p>Sperimentazioni cliniche, Erogazioni liberali. Attività libero professionale, Collaborazioni borse di studio.</p>	MEDIO	P.O. Affari Generali e Legali
<p>Gestione repertorio contratti. Gestione adempimenti in materia di protezione dei dati. Gestione delle vertenze giudiziarie di carattere civile amministrativo tributario e penale.</p>	MEDIO	P.O. Affari Legali
<p>Conferimento incarichi di collaborazione, Individuazione dello strumento-istituto per l'affidamento, Requisiti di qualificazione, sub-appalto.</p>	MEDIO	S.S. Ingegneria Ospedaliera
<p>Affidamento incarichi docenze esterne per attività formative.</p>	MEDIO	P.O. Aggiornamento e Formazione del Personale

## Azienda Ospedaliera S. Maria - Terni

Liste di attesa ricoveri ed interventi chirurgici, Controllo informatizzato delle presenze-assenze del personale della dirigenza medica e laureati non medici.	MEDIO	DMPO
Procedura affidamento servizi e forniture. Processi di: Definizione oggetto dell'affidamento. Requisiti di aggiudicazione. Valutazione delle offerte. Procedure negoziate. Affidamenti diretti. Processo di Budget.	MEDIO	P.O. Controllo di gestione
Disciplina della mobilità in entrata del personale del comparto, Trasformazione rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.	MEDIO	DITRO
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	Direzione 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.	BASSO	DITRO

### 7. 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.

### 7.1 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.

Il PTPC è integrato con il PTTI di cui costituisce una speciale sezione e privilegiato strumento di lotta alla corruzione.

### 7.2 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.766/2013 ha preadottato 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.

#### AZIONI DI DIFFUSIONE

- Successivamente all'adozione definitiva del Codice Etico e di Comportamento Aziendale nelle buste paga dei primi tre mesi successivi a detta adozione, di tutti i dipendenti dell'Azienda, oltre alle ordinarie forme di pubblicità, verrà segnalata la sua approvazione ed il rispetto delle norme in esso contenute. Viene prevista anche la relativa contestuale trasmissione tramite e-mail a tutti i dipendenti titolari di indirizzo di posta elettronica aziendale.
- Negli schemi tipo di incarico, contratto, bando, va inserita la condizione dell'osservanza del Codice Etico e di Comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo dell'Azienda, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell'Azienda.

- A tutte le Ditte/Società attualmente titolari di contratti di fornitura di servizi verrà parimenti trasmessa copia del Codice con obbligo di diffusione e osservanza dello stesso a tutto il personale operante, sia in forma continuativa che saltuaria, all'interno dell'Azienda Ospedaliera S. Maria.
- Obbligo a tutti i Dirigenti/Responsabili di diffondere e far rispettare il Codice a tutto il personale di riferimento.

### 7.3 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.

A tale fine l'Azienda Ospedaliera, in attuazione anche dell'art. 1, comma 17, della L. 190/2012 e di quanto previsto dal P.N.A., ha predisposto ed utilizza l'allegato **Patto d'Integrità** per l'affidamento di commesse. Pertanto il Responsabile della P.O. Acquisizione Beni e Servizi ed il Responsabile della S.S. Ingegneria Ospedaliera sono tenuti ad assicurare che:

- negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito sia inserita la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del Patto d'integrità dà luogo alla risoluzione del contratto, all'incameramento della cauzione, ed alle altre sanzioni previste nel Patto d'Integrità aziendale,
- in tutte le procedure di gara venga allegato e fatto sottoscrivere il Patto medesimo,
- vengano fatti rispettare, sia dalle ditte partecipanti che dal personale dell'Azienda Ospedaliera, i contenuti del Patto.

Tale misura - di forte e particolare impatto - deve essere adottata nell'immediato, nei termini e con le modalità di cui all'allegato sopracitato.

### 7.4 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.

### **AZIONI:**

L'Azienda intraprende immediate ed adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse.

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

La L. 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 il nuovo 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, sono tenuti ad assicurare 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).

In caso di violazione delle previsioni di inconfiribilità, 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.

### **AZIONI:**

Le relative verifiche, entro il 30.11.2014, devono a regime essere effettuate sulla totalità dei casi e non più solo a campione.

Come da disposizione dell'art. 20 comma 3 del D.Lgs. 39/2013, tutte le dichiarazioni di inconfiribilità e incompatibilità devono essere pubblicate sul sito aziendale.

Verifica dell'avvenuta presentazione annuale, da parte dell'interessato, della dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità (entro il 30 giugno di ogni anno).

### **7.6 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 inconfiribilità, 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 interPELLI 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, entro il mese di gennaio.

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

### **7.7 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.

### **AZIONI:**

-il Dirigente della S.C. Risorse Umane è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale sia inserita 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;

-il Responsabile della P.O. Acquisizione Beni e Servizi ed il Responsabile della S.S. Ingegneria Ospedaliera sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita 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; all'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti tutti gli altri Responsabili di tutte le articolazioni aziendali in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità.

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

Il dipendente che riferisce al proprio superiore gerarchico condotte che presume illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Le segnalazioni saranno valutate dal superiore gerarchico e, qualora questi ritenga che le stesse abbiano rilevanza disciplinare, procederà secondo la normativa vigente.



Nel caso in cui il R.P.C., nell'esercizio delle funzioni attribuite con il presente piano, venga a conoscenza di fatti che possano presentare una rilevanza disciplinare, dovrà darne informazione al superiore gerarchico dell'ufficio/servizio/UO/Dipartimento nel quale presta servizio il o i dipendenti che potrebbero essere coinvolti. Il superiore gerarchico procederà con le modalità sopra descritte.

In sede di procedimento disciplinare a carico dell'eventuale responsabile del fatto illecito, l'identità del segnalante non potrà essere rivelata, senza il suo consenso, a condizione che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione.

Qualora invece la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, l'identità del segnalante potrà essere rivelata ove la sua conoscenza sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.

Tenuto conto che in Azienda non esiste un software specifico per la gestione delle segnalazioni in forma anonima, viene dato come obiettivo all'Ufficio Informatico la creazione di una casella di posta elettronica ad hoc, in grado di criptare l'identità del mittente, che viene decriptata solo nei casi necessari previsti dalla normativa

Segnalazioni acquisite dal RPC saranno registrate in un apposito Protocollo riservato cartaceo. Il RPC acquisirà un numero di protocollo generale con oggetto "Segnalazione n....." e lo collegherà alla segnalazione pervenuta.

### 7.9 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 appartenenza.

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 compresenza 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.

### **7.10 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 avviene 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.

### **7.11 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.

Preliminarmente si evidenzia il ruolo che il sistema di controllo di gestione adottato dall'Azienda Ospedaliera, riveste ai fini della prevenzione degli atti di corruzione.

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'acquisizione di beni o servizi.

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 o servizi.

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

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

esaminare 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.

### Attività Libero Professionale:

Tutte le prenotazioni specialistiche ambulatoriali erogate in attività libero professionale (*cd. intramoenia e allargata*) risultano già 'centralizzate' presso il CUP il quale emette anche le relative fatture. Inoltre con atto deliberativo n° 669, del 13.11.2013, è stato approvato il Regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, è stato regolamentato il funzionamento dell'organismo di promozione e verifica dell'attività libero professionale, prevedendo l'espletamento da parte dello stesso dei seguenti compiti:

- valutazione dei dati relativi all'attività libero professionale intramuraria e dei suoi effetti sull'organizzazione complessiva, con particolare riguardo al rispetto dei volumi di attività libero professionale concordati con i singoli dirigenti e con le *équipe*;
- segnalazione al Direttore Generale dei casi in cui si manifestino variazioni quali-quantitative ingiustificate tra le prestazioni istituzionali e quelle rese in libera professione *intramuraria*;
- proposta al Direttore Generale dei provvedimenti migliorativi o modificativi dell'organizzazione della, libera professione intramuraria e del suo regolamento.

## Azienda Ospedaliera S. Maria - Terni

---

L'Organo di Promozione e Verifica renderà conto al RPC, entro il 30 novembre di ogni anno, l'attività svolta.

### 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.

### Regolamenti aziendali:

Tutti i regolamenti aziendali dovranno essere adeguati al presente PTPC e al Codice Etico e di Comportamento entro 30 novembre c.a. 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.

### Liste di attesa ricoveri e interventi chirurgici:

a) Informatizzazione liste: entro la fine del 2014, sarà obbligatorio inserire la data di prenotazione del ricovero, sia per ricoveri medici che chirurgici, all'interno del programma informatizzato di gestione dei ricoveri (HIS), che prevede questa specifica funzione; di conseguenza sarà possibile effettuare azioni di controllo, da parte della DMPO, sul rispetto dei criteri di inserimento dei ricoveri programmati.

b) Priorità cliniche: entro la fine del 2014, il medico nell'avviare il percorso di inserimento in lista di attesa dovrà specificare il livello di priorità clinica. I criteri di classificazione delle priorità devono essere esplicitati e concordati con la Direzione Sanitaria. Il programma di gestione del percorso chirurgico (ORMAWEB) è stato dotato di questa specifica funzione; di conseguenza sarà possibile effettuare azioni di controllo, da parte della DMPO, sul rispetto dei criteri di priorità.

### Varianti in corso d'opera:

A partire dall'adozione del presente PTPC 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.

**8. Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti.**

I Responsabili delle Direzioni dovranno a regime attestare il monitoraggio standardizzato del rispetto dei tempi di conclusione dei procedimenti. Entro il 30.11. c.a. si prenderanno in esame eventuali proposte di procedure finalizzate al monitoraggio del rispetto dei termini procedurali stabiliti dalle leggi o da motivate disposizioni aziendali, fermo restando che gli uffici dovranno fin da subito attivarsi con le più adeguate misure in tal senso.

Le proposte di cui sopra dovranno essere prodotte al RPC, per la dovuta valutazione ai fini del loro inserimento nel presente piano. Si evidenzia altresì che l'inosservanza di che trattasi risulta in Azienda marginale proprio in considerazione della particolare attività espletata, nonché dell'utenza interessata all'emanazione dei provvedimenti e/o degli atti prettamente amministrativi (considerazione a parte merita infatti il tema "liste d'attesa" cfr. punto 7.11). La marginalità del fenomeno, ovvero del mancato rispetto dei termini stabiliti per la conclusione dei procedimenti è testimoniata dalla mancanza di reclami da parte degli utenti, come si evidenzia nelle relazioni annuali dell'URP. I contenuti di dette relazioni devono essere oggetto di adeguata valutazione da parte del RPC e della Direzione Aziendale per la messa a punto di ogni dovuta azione e misura finalizzata all'eliminazione delle criticità riscontrate che possono derivare anche da fattori esterni all'ufficio ma che possono comunque influenzare negativamente le dovute tempistiche.

Inoltre risulta in ogni caso opportuno dilazionare la messa a punto delle modalità di monitoraggio della tempistica per consentire la verifica dell'analisi dei processi che deve evidenziare, nell'ambito degli stessi, eventuali criticità delle varie fasi nella loro prestabilita definizione (competenze, modi e tempi).

**9. Cronoprogramma delle competenze/adempimenti**

Competenze/Adempimenti	Soggetti	Termini
Proposta del Piano Triennale alla Direzione Aziendale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Entro il 15 gennaio di ogni anno (entro il 24 gennaio per l'anno 2014)
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	30 novembre 2014
Trasmissione reportistica e/o rendicontazioni al RPC	Strutture ed organismi interessati	Entro 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

Area	N.	Processi	Rischio	Altre strutture coinvolte	Norme / Regolamenti	Indice valutazione probabilità (p)					Indice valutazione impatto (i)					Valutazione Complessiva del rischio (v = p x i)
						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	
A)	A.3	Conferimento di incarichi di collaborazione	- frequenza eccessiva della procedura di affidamento diretto	uffici generali - S.C. Direzione per l'amministrazione del - personale dipendente e convenzionato	Art. 7 comma 6 D.lgs n. 165/2001 s.m.i. - Regolamento aziendale per l'attribuzione di incarichi di collaborazione approvato con deliberazione n. 431 del 08.07.2008				3				2			6
B)	B.1	Definizione oggetto affidamento	Inadeguata definizione dell'oggetto dell'affidamento Inopportuna definizione dell'oggetto dell'affidamento	Direzione Generale Direzione di Presidio Responsabile dei Servizi Interessati	Regolamento Aziendale in materia di acquisti in economia approvato con delibera n. 119/2013; D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				4				2			8
B)	B.2	Individuazione dello strumento/istruttoria per l'affidamento	manca il rispetto del principio della par condicio	Ufficio Gare Consulenti	Regolamento Aziendale in materia di acquisti in economia approvato con delibera n. 119/2013; D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				2				2			4
B)	B.3	Requisiti di qualificazione	definizione dei requisiti tecnico economici di accesso alla gara con clausole di vincolo ingiustificato e discriminante la qualificazione	Ufficio Gare Consulenti	D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				3				2			6
B)	B.4	Requisiti di aggiudicazione	definizione di criteri discriminanti al fine di selezionare la par condicio delle ditte concorrenti - diffusioni di informazioni nella fase istruttoria del procedimento	Ufficio Gare Consulenti	Regolamento Aziendale in materia di acquisti in economia approvato con delibera n. 119/2013; D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				4				2			8
B)	B.5	Valutazione delle offerte	valutazioni ed interpretazioni discrezionali	Ufficio Gare Consulenti	D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				4				2			8
B)	B.6	Verifica eventuali anomalie offerte	valutazioni ed interpretazioni discrezionali	Ufficio Gare Consulenti	D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				4				2			8
B)	B.7	Procedure negoziate	manca il ricorso a principi di avvicendamento delle imprese	Ufficio Gare	Regolamento Aziendale in materia di acquisti in economia approvato con delibera n. 119/2013; D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				4				2			8
B)	B.8	Revoca del bando	- abuso della procedura - ricorso a principi di avvicendamento delle imprese	Ufficio Gare	Regolamento Aziendale in materia di acquisti in economia approvato con delibera n. 119/2013; D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				4				2			8

Area	N.	Processi	Rischio	Altre strutture coinvolte	Norme / Regolamenti	Indice valutazione probabilità (p)					Indice valutazione impatto (i)					Valutazione Complessiva del rischio (v= p x i)
						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	
B)	R.9	Revoca del bando	- abuso della procedura	Ufficio Gare Consulenti	D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				4			2			8	
B)	R.10	Redazione del cronoprogramma	valutazioni ed interpretazioni discrezionali	Ufficio Gare Consulenti	D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				4			2			8	
B)	R.11	Verdanti in corso di esecuzione del contratto	valutazioni ed interpretazioni discrezionali	Consulenti	D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				4			2			8	
B)	R.12	Subappalto	manca la applicazione della normativa e verifica	Consulenti	D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				3			2			6	
B)	R.13	utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	valutazioni discrezionali e non in linea con le previsioni contrattuali	Consulenti	D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				4			2			8	
B)	R.14	Direzione lavori, contabilità, collaudo	manca ed inadeguata verifica congruità costi e contabilità in sede di liquidazione fatture		D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				4			2			8	
B)	R.15	Gestione dei contratti Global Service durante la fase di esecuzione del contratto	manca ed inadeguata verifica congruità costi e contabilità in sede di liquidazione fatture		D.lgs.163/2006; D.P.R. 207/2010				4			2			8	



Struttura: Direzione economica e di contabilità generale  
 Substruttura: P.O. Budget acquisti, flussi economici e bilanci

Mappatura dei processi rilevanti per il P.N.A.

Valutazione rischi

Area	N. ordine	Processi	Rischio	Altre strutture coinvolte	Norme / Regolamenti	Indice valutazione probabilità (p)					Indice valutazione Impatto (I)					Valutazione complessiva del rischio (v= p x I)	
						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3		4
D	1	Fondi oneri relativi a quote non utilizzate di contributi in conto esercizio	Esistenza del titolo, serietà e completezza	Varie	D.lgs. 118/2011, manuale del ciclo operativo e istruzioni				3				1				3
D	2	Gestione del budget acquisti	Esistenza dell'atto di assegnazione	Tutti i CIR					3				2				6





Struttura: Direzione / P.O. / S.C. PROCEDIMENTI AD EVIDENZA PUBBLICA PER FORNITURE, SERVIZI E LAVORI  
P.P. ISTRUTTORIA PROCEDIMENTI A VALENZA DIPARTIMENTALE -GESTIONE PROCEDURE PER L'APPALTO DI SERVIZI E  
Substruttura: FORNITURE DI BENI MOBILI

Mappatura dei processi rilevanti per il P.N.A. e valutazione rischi

Area	N. ordine	Processi	Rischio	Altre strutture coinvolte	Norme / Regolamenti	Indice valutazione probabilità (p)					Indice valutazione Impetto (i)					Valutazione Complessiva del rischio (v= p x i)
						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	
	1	Definizione oggetto affidamento	dell'Inadeguata e Inopportuna dell' definizione dell'oggetto dell'affidamento	S.S. e S.C. richiedenti/ destinatarie del materiale oggetto dell'affidamento	Regolamento aziendale approvato con delib. 119/2013, D.Lgs 163/2006 DPR207/2013				4			2			8	
	2	Individuazione dello strumento/ Istituto dell'affidamento	mancato rispetto per condiclo	C.S.	Regolamento aziendale approvato con delib. 119/2013, D.Lgs 163/2006 DPR207/2013				3			2			6	
	3	Requisiti qualificazione	definizione dei requisiti tecnico economici di accesso alla gara con clausole di vincolo ingiustificato e discriminante la qualificazione	C.S.	D.Lgs 163/2006 DPR207/2013				3			2			6	
	4	requisiti aggiudicazione	definizione dei criteri di aggiudicazione discriminanti al fine di alterare la par condicio delle concorrenti; diffusione informazioni nella fase istruttoria del procedimento	S.S. e S.C. che hanno fornito il capitolato gara/ richiesta di acquisizione	Regolamento aziendale approvato con delib. 119/2013, D.Lgs 163/2006 DPR. 207/2013				4			2			8	
	5	valutazione offerta	dalle valutazioni ed interpretazioni discrezionali	comune Tecniche	Regolamento aziendale approvato con delib. 119/2013, D.Lgs 163/2006 DPR207/2013				4			2			8	

Area	R. ordine	Processi	Rischio	Altre strutture coinvolte	Norme / Regolamenti	Indice valutazione probabilità (p)					Indice valutazione impatto (i)					Valutazione Complessiva del rischio (v= p x i)		
						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3		4	5
	6	verifica delle eventuali anomalie delle offerte	errata interpretazione dei dati forniti dalla ditta concorrenti per la valutazione della anomalia	S.C. Procedimenti a evidenza pubblica per forniture, servizi e lavori e referenti tecnici	D.Lgs 163/2006					4				2				8
	7	procedure negoziate	abuso della procedura, mancato ricorso alla rotazione delle ditteprocedura	S.C. Procedimenti a evidenza pubblica per forniture, servizi e lavori	Regolamento aziendale approvato con delib. 119/2013, D.Lgs 163/2006 -					3				2				6
	8	affidamenti diretti	abuso della procedura, giustificazioni non pertinenti del ricorso agli affidamenti diretti al fine di alterare la par condicio	C.S.	art.57 del D.Lgs 163/2006 e s.m.l.					3				2				6
	9	revoca del bando	abuso della procedura	C.S.							4			2				8
	10	redazione del conoprogramma	del ritardi o mancata programmazione	C.S.	Regolamento aziendale approvato con delib. 119/2013, D.Lgs 163/2006					3				2				6
	11	varianti in corso di esecuzione del contratto	non applicazione della norma	C.S.	Regolamento aziendale approvato con delib. 119/2013, D.Lgs 163/2006 DPR207/2013					3				2				6
	12	subappalto	C.S.	C.S.	D.Lgs 163/2006					3				2				6

Area	N. ordine	Processi	Rischio	Altre strutture coinvolte	Norme / Regolamenti	Indice valutazione probabilità (p)					Indice valutazione Impatto (I)					Valutazione Complessiva del rischio (V= p x I)
						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	
	13	utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione contratto	valutazioni discrezionali non in linea con le disposizioni contrattuali	C.S.				3					2			6
	14	requisiti tecnici/formulazione lotti	Inserimento requisiti tecnici vincolanti per accedere alla gara, al fine di attrarre la par condicio; formulazioni lotti con caratteristiche vincolanti che attrarrano la gara	S.C. e S.S. richiedenti/destinatari della fornitura	D.Lgs 163/2006 DPR207/2013			3					2			6

Mappatura dei processi rilevanti per il P.N.A. e valutazione rischi

Area	N. ordine	Processi	Rischio	Altre strutture coinvolte	Norme / Regolamenti	Indice valutazione probabilità (P)					Indice valutazione Impatto (I)					Valutazione complessiva del rischio (V= p x I)
						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	
	1	SPERIMENTAZIONI CLINICHE	INDEBITTA PERCEZIONE DI DENARO O ALTRA UTILITA'	DIREZIONE ECONOMICA / FARMACIA	DM 17/12/2004 DM 14/7/2009 DGR 983/2005 DELIBERA D.G. 165/2011		2					2				4
	2	EROGAZIONI LIBERALI	INDEBITTA PERCEZIONE DI DENARO O ALTRA UTILITA'	DIREZIONE ECONOMICA			3					2				6
	3	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	INDEBITTA PERCEZIONE DI DENARO O ALTRA UTILITA' VERSO PAZIENTI INDIRIZZATI VERSO STRUTTURE PRIVATE L.P. ESERCITATA IN ORARIO ISTITUZIONALE	DIREZIONE ECONOMICA PERSONALE	DPCH 27/03/2000 L. 03/08/2007 L. 08/11/2012 DGR 513/2001 DELIBERA D.G. 669/2013		2					3				6
	4	COLLABORAZIONI BORSE DI STUDIO	INDEBITTA PERCEZIONE DI DENARO O ALTRA UTILITA'	DIREZIONE ECONOMICA PERSONALE	DLGS 165/2001 REGOLAMENTO AZIENDALE		2					2				4









Mappatura dei processi rilevanti per il P.N.A. e valutazione rischi

Area	N. ordine	Processi	Rischio	Altre strutture coinvolte	Norme / Regolamenti	Indice valutazione probabilità (p)					Indice valutazione Impetto (I)					Valutazione Complessiva del rischio (V= p x I)	
						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3		4
	1	Gestione repertorio Contratti	Induzione a diffondere informazioni riservate	Tutte le strutture interessate	Regolamento T.U. 196/2003 - codice della Privacy- Dellb. 205 del 31.3.2009 - Regolamento codice etico in materia di trattamento dei dati -Dellb.190 del 31.3.2010 - Codice di comportamento ai sensi dell'art.54 D.Lgsvo 165/2001			2						2,000			4
	2	Gestione degli adempimenti previsti dal decreto legislativo 196/2003 in materia di protezione dei dati personali	Induzione a diffondere informazioni riservate	Tutte le strutture interessate	Regolamento T.U. 196/2003 - codice della Privacy- Dellb. 205 del 31.3.2009 - Regolamento codice etico in materia di trattamento dei dati -Dellb.190 del 31.3.2010 - Codice di comportamento ai sensi dell'art.54 D.Lgsvo 165/2001			2						2			4
	3	Gestione delle vertenze giudiziarie di carattere civile, amministrativo, tributario e penale-	Induzione a favorire esiti in conflitto di interessi con l'azienda- Induzione alla violazione del segreto di ufficio - Induzione a trattamenti di favore verso soggetti terzi .	Soggetti esterni	Regol. T.U. 196/2003 codice della Privacy Dellb. 205 del 31.3.09 Regol. codice etico in materia di trattamento dei dati Dellb.190 del 31.3.10 Codice di comportamento ai sensi dell'art.54 D.Lgsvo 165/2001 Reg. Patrocinio legale dipendenti A.O. -dellb. n. 627del 30.10.2013 Regol. codice etico e di comportamento aziendale.			2						2			4

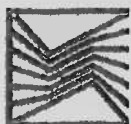
Mappatura dei processi rilevanti per il P.N.A. e valutazione rischi

Area	N. ordine	Processi	Rischio	Norme / Regolamenti	Indice valutazione probabilità (p)					Indice valutazione Impatto (i)					Valutazione complessiva del rischio (v= p x i)
					0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	
Affidamento di lavori, servizi e forniture	1	Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Inadeguata definizione dell'affidamento, Inopportuna definizione dell'oggetto dell'affidamento		3					2					6
Affidamento di lavori, servizi e forniture	2	Requisiti di aggiudicazione	Definizione di criteri di aggiudicazione discrezionali al fine di alterare la par condicio delle ditte concorrenti, Diffusione di informazioni riservate nella fase istruttoria del provvedimento		3					2					6
Affidamento di lavori, servizi e forniture	3	Valutazione delle offerte	Valutazione e interpretazione discrezionale al fine di alterare la par condicio delle ditte concorrenti		3					2					6
Affidamento di lavori, servizi e forniture	4	Procedure negoziate	Abuso della procedura, Mancato ricorso alla rotazione delle ditte		3					2					6
Affidamento di lavori, servizi e forniture	5	Affidamenti diretti	Abuso della procedura, Mancato ricorso alla rotazione delle ditte, Giustificazioni non pertinenti sul ricorso agli affidamenti diretti		3					2					6
Affidamento di lavori, servizi e forniture	6	Varianti in corso di esecuzione del contratto	Errata interpretazione delle norme alterando la procedura		3					1					3
Controllo di gestione	7	Processo di budget	Proposta di acquisizione di beni e servizi non necessari		2					2					4





Area	N. ordine	Processi	Rischio	Altre strutture coinvolte	Norme / Regolamenti	Indice valutazione probabilità (p)					Indice valutazione impatto (i)					Valutazione Complessiva del rischio (v = p x i)		
						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3		4	5
	7	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con e senza effetti economici	Il mancato rispetto delle procedure può comportare l'attribuzione di benefici di natura non dovuti	DMPO SPS Resp. di Struttura	Vigenti CCNL delle varie aree contrattuali T.U. 151/2001 e smi L. 53/2000 e smi Legge 104/92 Previdenza: L. 247/2007 L. 214/2011 L. 183/2010 Cause di servizio ed Equo indennizzo: DPR n.461/2001 e smi e D.L.201/2011 convertito in L. 214/2011	1						2						2
	8	Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno	attribuzione indebita di trattamenti economici e/o giuridici		Contratti collettivi di lavoro, norme di legge, TU su Pubblico Impiego	1						2						2



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

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'esplicito 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, 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**

---