



Azienda Ospedaliera G. Rummo - Benevento

PIANO TRIENNALE 2018 – 2020

**DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA
TRASPARENZA (PTCT)**

Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza

Dott. Bruno DANIELE

PREMESSA

L'approccio metodologico che ha accompagnato la redazione dell'attuale Piano triennale della prevenzione della corruzione 2018–2020 approfondisce e conferma, alla luce delle indicazioni contenute nell'art. 1 del nuovo PNA 2017, l'intento dell'Azienda Ospedaliera G. Rummo di proseguire l'impegno nella lotta alla corruzione, dando immediato impulso ai rilievi provenienti dall'Autorità anticorruzione ed esplicitati in sede di adozione del PNA 2017, a seguito di un'analisi condotta su un campione di Pubbliche amministrazioni sottoposte a verifica ai fini dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e, al tempo stesso, proseguire il percorso già iniziato con l'adozione del Piano 2016-2018 e 2017-2019, incrementando misure e fasi di monitoraggio.

Il presente piano, ai fini della mappatura dei procedimenti, conferma per quanto concerne l'ospedale di Benevento, la mappatura dei processi descritta nel PTPCT, ma tiene conto anche dell'avvio della rotazione del personale a seguito dell'adozione di un Piano aziendale per l'attuazione di una delle misure di prevenzione della corruzione più importanti; al tempo stesso, però, il nuovo PTPCT 2018-2020, recherà un rinvio al 30 luglio 2018 per il completamento della descrizione di tutti i processi afferenti all'ospedale di S. Agata dei Goti accorpato all'Azienda Ospedaliera G. Rummo .

Il presente documento punta, inoltre, sull'attuazione di misure c.d. "ulteriori", sulla trasparenza, intesa come potenziamento dei flussi informativi tra responsabili della comunicazione, trasmissione e pubblicazioni dati ed RPCT e come accessibilità, tramite l'adozione di un Registro informatico.

Il PTPCT 2018-2020 conferma, altresì, in virtù delle importanti previsioni contenute **nella Delibera ANAC n. 831/2016 quanto nella Delibera n. 1310/2016 recante nuovi obblighi in materia di pubblicità e trasparenza degli atti amministrativi**, la necessità di definire **appositi obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza**, allo scopo di coinvolgere nelle attività in questione l'organo di indirizzo politico nel potere di vigilanza ed impulso alle attività del Responsabile della prevenzione della corruzione.

Degli obiettivi si darà atto nelle pieghe del successivo art. 2.

La vera novità del 2017 è stata appunto l'adozione di un Piano di rotazione aziendale, misura prevista già nel PTPCT 2017-2019, cui si continuerà a dare seguito durante il 2018 e il 2019.

Riguardo nello specifico alla c.d. Trasparenza Amministrativa, allo scopo di rispettare la novella legislativa che ha avuto un notevole impulso con il D.lgs. n. 97/2016 e si è conclusa, almeno per il momento, con l'approvazione delle **Delibere ANAC gemelle n. 1309 e 1310** del 28 dicembre 2016, l'Ente ha provveduto nei tempi previsti all'adozione di **un Regolamento sull'accesso civico** e relativa

modulistica, al fine di regolamentare le tre tipologie di accesso di cui dispone l'utente in materia di **accesso civico generalizzato e nuovi obblighi in materia di trasparenza amministrativa.**

Proprio in virtù della necessità di dover proseguire un percorso di attuazione della normativa sulla trasparenza, l'Azienda Ospedaliera G. Rummo punta quest'anno all'attivazione **di un Registro informatico per l'accesso entro e non oltre il mese di giugno.**

Al tempo stesso la sezione seconda, dedicata alla Trasparenza in collegamento con **la Misura M01**, recherà **i nominativi di tutti i Responsabili dei servizi, chiamati a garantire la pubblicazione degli atti della propria Area, con assunzione di responsabilità propria ed esclusiva**, in attuazione delle prescrizioni già contenute nel PNA 2013 approvato con Delibera n. 72 – all. n.1 Par. C3.

Anche la sezione sulla trasparenza recherà un aggiornamento con l'inserimento entro i prossimi 2 mesi dei nominativi del personale dell'ospedale di S. Agata dei Goti.

A conclusione di questa premessa appare utile riepilogare le norme in materia di prevenzione e contrasto della corruzione, ad oggi approvate. Oltre alla legge n. 190/2012 e al Piano Nazionale Anticorruzione sopra citati, il contesto giuridico di riferimento comprende:

- il decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235 *“Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190”;*
- il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, approvato dal Governo il 15 febbraio 2013, in attuazione di commi 35 e 36 dell'art. 1 della l. n. 190 del 2012”;*
- il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”;*
- il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 *“Regolamento recante codice di*

comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.

- La Legge 98/2013 di riforma del d.lgs. n. 33/2013 nella parte in cui ha introdotto il concetto di scadenziario della trasparenza che tutte le PP. AA. devono pubblicare sul proprio portale oltre che inoltrare al Dipartimento di Funzione Pubblica;
- Il D.L. 90/2014 , convertito in L.114/2014, che ha ridefinito le competenze dell’Autorità anticorruzione , acquisendo le funzioni del Dipartimento di Funzione pubblica e quelle della soppressa AVCP (Autorità di Vigilanza dei Contratti Pubblici);
- La legge del 27 maggio 2015 n. 69 rubricata “*Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio*”che ha inasprito le pene ed esteso la punibilità agli incaricati di pubblico servizio anche per i delitti dei pubblici ufficiali contro la P.A. ;
- Deliberazione n. 831/2016 di approvazione del nuovo PNA 2016;
- Delibera n. 833/2016 di approvazione della disciplina sulle cause di inconferibilità/incompatibilità
- D.lgs. n. 97 del 23 giugno 2016 di riforma della l. n. 190 e del d.lgs. n. 33/13;
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 recante gli obblighi in materia di accesso civico;
- Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 recante la disciplina in materia di trasparenza amministrativa e gli obblighi di pubblicazione.
- Delibera n. 330 del 29 marzo 2017 recante il “*Regolamento sull’ esercizio dell’ attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione*”
- Delibera n. 328 del 29 marzo 2017 recante il “*Regolamento sull’ esercizio dell’ attività di vigilanza in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nonché sul rispetto delle regole di comportamento dei pubblici funzionari*”
- IL D.lgs. n. 126 del 26 luglio 2017 sulle nomine della Dirigenza Sanitaria

- Determinazione n. 1208 del 22 novembre 2017, aggiornamento PNA 2017

ART. 1 Definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

Come si diceva in premessa, in via del tutto innovativa e nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 1 comma 8 della L.190/2012, spetta alla competenza esclusiva dell'organo di indirizzo politico indicare quegli obiettivi strategici che l' Azienda Ospedaliera nel triennio 2018- 2020 intende adottare, prevedendoli ovviamente già per l'anno in corso 2018. Di seguito gli obiettivi strategici fissati dall'organo di indirizzo politico e indicati nella delibera di approvazione del piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, ovvero:

- 1) **Trasparenza amministrativa:** implementazione dell'informatizzazione dei processi afferenti al settore Economico-Finanziario pari al 20%
- 2) **Prevenzione della corruzione:** incremento dei corsi in materia di **anticorruzione, appalti**, rientrante in una delle 4 aree a rischio corruzione di cui all' art 1 c. 16 della L. n. 190/12 e in materia **contabile**, in considerazione della recente linea guida sulla c.d. tracciabilità dei flussi finanziari

E' evidente che l'Azienda Ospedaliera continua a puntare sulla formazione nelle **c.d. aree a rischio e sulla informatizzazione dei processi in considerazione del fatto che** il Regolamento privacy europeo entrerà in vigore il **1 giugno 2018**.

ART 2. SOGGETTI COINVOLTI NELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE

A livello di Amministrazione, la Legge n. 190/2012, prevede all'art. 1 commi 6, 7 e 8, la sinergia tra diversi livelli di governo:

1. il *Responsabile della Prevenzione della Corruzione*, individuato dall'organo di indirizzo politico -Commissario Straordinario con Deliberazione n. 439/2016 nella persona del Dirigente di Struttura Complessa del Reparto di Oncologia, il dott. Bruno Daniele, Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, in ottemperanza al combinato normativo di cui alla legge 190 ed all'art. 43 del dlgs 33/2013, come novellato dal D.lgs 97/2016. Ad oggi il RPC nominato rispecchia i requisiti di indipendenza, competenza ed autonomia previsti nell'alveo dell'art.3 e seguenti della Deliberazione n. 831- PNA 2016- comparto sanità.

Questi ha la funzione, tra l'altro, di predisporre una proposta di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione all'organo di indirizzo politico, di verificare l'efficace attuazione dello stesso e della sua idoneità, nonché a proporre le eventuali modifiche, quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni o quando intervengono mutamenti dell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione, di verificare, d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici proposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione. Il RPCT di intesa con l'Azienda Ospedaliera ha puntato sulla formazione del personale tramite l'adozione di un piano di formazione triennale, sulla rotazione con l'adozione di un piano aziendale rotazionale, sull'inserimento di una clausola di stile sul conflitto di interessi, quale misura trasversale, comune a tutti i settori, motivo per cui obiettivo del triennio sarà implementare il sistema di verifica e monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione già previste nel precedente piano 2017-2019. A tal proposito, il RPCT procederà:

- Ad una verifica semestrale (15 luglio / 15 dicembre) in ordine all'attuazione del PTPCT e delle misure in esso declinate;
- Ad una verifica a campione semestrale sulle istanze di accesso civico, facilitato sicuramente dall'attivazione di un Registro informatico;
- Acquisizione delle dichiarazioni annuali relative alle cause di incompatibilità e, in caso di prima nomina di quelle relative a cause di inconferibilità;
- Ad una verifica a campione del rispetto del Patto di Integrità come misura specifica delle gare pubbliche

IL report relativo al monitoraggio verrà pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente- altri contenuti/ corruzione”.

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), è l'Azienda ha individuato **l'architetto Filippo Serino, Dirigente Area Tecnico – Manutentiva come RASA.**

I Dirigenti amministrativi, medici, sanitari e tecnici, invece, provvedono sotto il coordinamento del RPCT nell'attività di mappatura dei processi che consenta la individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio.

La mappatura consiste nella individuazione del processo, delle sue fasi e responsabilità e deve essere svolta entro il 30 novembre di ciascun anno, al fine di dare al RPCT una valutazione dei processi già inseriti nel piano e, magari, suggerire l'inserimento di processi nuovi .

Entro il 5 novembre di ogni anno i Dirigenti sono tenuti a trasmettere al Responsabile della prevenzione della corruzione un report indicante:

- a) il numero dei procedimenti per i quali non siano stati rispettati i tempi del procedimento e la percentuale rispetto al numero complessivo dei procedimenti e la motivazione;
- b) il numero dei procedimenti per i quali non siano stati rispettati gli obblighi in materia di trasparenza e pubblicità previsti dal Piano della trasparenza;
- c) l'attestazione, eventuale, della attuazione di misure ulteriori proposte al fine di prevenire e contrastare i connessi fenomeni di corruzione.

L' OIV partecipa alle attività in materia di anticorruzione in virtù delle modifiche alle sue funzioni ad opera del d.lgs. n. 97/16. E' formato dai seguenti componenti:

- Giuseppe Marchitelli – Presidente
- Paola Giardino
- Rita Riccio

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

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti, tengono conto dei rischi e delle azioni inerenti alla prevenzione della corruzione;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (articoli 43 e 44 d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.);
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento e sue modificazioni (articolo 54, comma 5, d.lgs. 165/2001);

L' Ufficio procedimenti disciplinari :

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

I DIPENDENTI:

- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- segnalano le situazioni di illecito o di personale conflitto di interessi e la mancata attuazione

del piano delle misure in base a quanto previsto dai Regolamenti dell' ANAC n.n. 328 e 330 del 29 marzo 2017

I COLLABORATORI :

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

ART.3 II PTPCT 2018- 2020

All'interno della cornice giuridica e metodologica posta dalla normativa di settore e dal PNA , il presente Piano descrive la strategia di prevenzione e contrasto della corruzione elaborata dall'Azienda, confermando la suddivisione del presente piano in tre parti, la mappatura dei processi, con possibilità di aggiungere ulteriori processi a seguito di modifica organizzativa interna all'ospedale, ma soprattutto, dovuta ad un accorpamento dell'ospedale di S. Agata dei Goti. Per tali motivi, usufruendo della previsione contenuta nella determinazione n. 12/15 dell'ANAC, l'azienda si impegna a completare la mappatura dei processi entro il mese di luglio 2018.

La sezione sulla Trasparenza, mantiene l' impostazione data nel PTPCT 2017- 2019, ma al tempo stesso reca un paragrafo specifico sulla **trasparenza nel settore sanitario**, prendendo in considerazione il problema della pubblicazione dei criteri di formazione delle liste d'attesa, come previsto dall' art 41 c. 6 del D.lgs. n. 33/13.

Da un punto di vista strettamente operativo, il Piano può essere definito come lo strumento per porre in essere il processo di gestione del rischio nell'ambito dell'attività amministrativa svolta dall'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento.

In quanto documento di natura programmatica, il P.T.P.C. deve coordinarsi con gli altri strumenti di programmazione dell'Ente, in primo luogo con il ciclo della *performance*, che dovrà prevedere tanto una sezione strategica concernente la tutela della prevenzione della corruzione quanto una sezione operativa incardinata in capo al RPC.

Il presente piano fa riferimento al triennio 2018- 2020.

ART. 4 La gestione del rischio

Si è detto che il PTPCT può essere definito come lo strumento per porre in essere il processo di gestione del rischio nell'ambito dell'attività amministrativa svolta dall'Ente.

Il processo di gestione del rischio definito nel presente piano recepisce le indicazioni metodologiche e le disposizioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2013, che sul punto non sono ancora state innovate dall'Autorità.

Si è seguita una catalogazione semplice, in linea con le altre amministrazioni.

Il processo si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

- 1) mappatura dei processi attuati dall'amministrazione, ovvero la ricerca e descrizione dei processi attuati all'interno dell'Ente al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio di corruzione, secondo l'accezione ampia contemplata dalla normativa e dal P.N.A.
- 2) valutazione del rischio per ciascun processo, attività complessa suddivisa nei seguenti passaggi:
 - identificazione
 - analisi attraverso la spiegazione del procedimento
 - ponderazione del rischio.
- 3) trattamento del rischio ovvero il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto.

NB:

La griglia allegata e relativa alla mappatura dei processi conferma processi, ma ha subito alcune modifiche legate all'avvio della attuazione del Piano Aziendale rotazionale.

Nella specie, il rischio è stato calcolato secondo 5 catalogazioni di seguito riportate

VALORE NUMERICO DEL LIVELLO DI RISCHIO	CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO CON RELATIVO COLORE ASSOCIATO
0	NULLO
INTERVALLO DA 1 A 4	BASSO
INTERVALLO DA 5 A 9	MEDIO
INTERVALLO DA 10 A 16	ALTO
INTERVALLO DA 17 A 25	ALTISSIMO (CRITICO)

LE MISURE INDICATE COSTITUISCONO L'OSSATURA DEL PIANO E SONO :

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

L' Azienda Ospedaliera G. Rummo, su suggerimento del RPCT Dott. Bruno Daniele, propone l'attuazione di alcune misure specifiche di seguito declinate, che costituiranno obiettivi operativi di performance 2018 per ciascun Dirigente:

- Introduzione di specifica **disciplina e modulistica sulle cause di inconfiribilità ed incompatibilità** a cura del RPCT **entro il mese di aprile 2018;**
- **Introduzione di una short list di cottimisti**, in linea con le previsioni contenute nel D.lgs. n. 50/16 post correttivo appalti, a cura del Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali quale misura anticorruzione ed obiettivo performance entro e non oltre il mese di **maggio 2018;**
- **l' attivazione di un Registro informatico delle istanze di accesso** a cura del Direttore U.O.C. Affari generali e Legali, quale misura di prevenzione ed obiettivo performance, entro e non oltre il **mese di luglio 2018;**
- **Introduzione/aggiornamento del Regolamento sugli acquisti in economia**, a cura del Direttore U.O.C. Provveditorato ed Economato quale misura di prevenzione ed obiettivo performance entro e non oltre il mese di **settembre 2018.**
- Introduzione/ aggiornamento di **una nuova short list** per il conferimento di incarichi legali all' esterno che terrà conto delle indicazioni contenute nella linea guida in materia ancora in consultazione, a cura del Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali, quale misura anticorruzione ed obiettivo performance, **entro ottobre 2018;**

ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA TRASPARENZA

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

Con delibera n. 439 del 23.03.2016 è stato nominato Responsabile della Trasparenza il Dirigente della Struttura complessa di Oncologia, il Dott. Bruno Daniele.

La nomina rispecchia, ad oggi, i requisiti di ordine generale stabiliti dalla Deliberazione n. 831 del 4 agosto 2016. **Nel rispetto delle prescrizioni contenute nella Delibera n. 1310/2016, al fine di evitare di incorrere in sanzioni, vengono indicati nel presente PTPCT, in particolare nella sezione relativa alla "trasparenza", i nominativi dei soggetti Responsabili ed i loro uffici competenti a garantire il flusso di informazioni costante ai fini della attuazione della disciplina della trasparenza.**

Ogni Direttore U.O.C. è altresì nominato responsabile delle pubblicazioni per i servizi di propria competenza, nel rispetto delle prescrizioni contenute nell'Allegato 1 – par. C3- del PNA 2013 e nella Delibera n. 1310 /2016. Al tempo stesso ognuno è delegato all'accesso civico, per atti del proprio settore. In caso di ritardo o inerzia, a fronte di istanze di accesso civico c.d. semplice, il cittadino può ricorrere al **Titolare del potere sostitutivo**, individuato nella persona del Direttore Amministrativo, il cui nominativo è indicato nella sezione "Amministrazione Trasparente", flag "Accesso civico".

Di seguito pertanto sono recati **tutti i nominativi dei Responsabili della Trasparenza**, che verranno altresì menzionati nella Sezione dedicata della Trasparenza Amministrativa e segnatamente:

STRUTTURA	DIRIGENTI	E.MAIL	TELEFONO
U.O.C.UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	D.SSA IDA FERRARO	ida.ferraro@ao-rummo.it	0824 57534 3351376002
U.O.C. RISORSE ECONOMICHE	D.SSA CARMELA ZITO	Carmela.zito@ao-rummo.it	0824 57510
U.O.C. RISORSE UMANE	DR. SSA MARINA PINTO	marina.pinto@ao-rummo.it	0824 57340 #86700 3395242352
U.O.C. PROVVEDITORATO ED ECONOMATO	D.SSA M.NICOLETTA MERCURI	nicoletta.mercuri@ao- rummo.it	0824 57562 3346667751

U.O.C. TECNICA E PROGRAMMAZIONE CED	DR. ALBERTO DI STASIO	Alberto.distasio@ao-rummo.it	0824 57515 #86638
U.O.S.D. PROGRAMMAZIONE PROGETTAZIONE VALUTAZIONE STR. E GESTIONE DELLA PERFORMANCE	D.SSA FEDERICA D'AGOSTINO	Federica.dagostino@ao-rummo.it	0824 57525
U.O.S.D. INGEGNERIA CLINICA	ING.GIANPAOLO CATALANO	Gianpaolo.catalano@ao-rummo.it	0824 57300 °86605
U.O.S.D. MEDICINA DEL LAVORO	DR. ADAMO FRANCESCO	Francesco.adamo@ao-rummo.it	0824 57745
U.O.C. EPIDEMIOLOGIA E VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA	DR. RAFFAELE LANNI f.f.	Raffaele.lanni@ao-rummo.it	0824 57537 #86717
U.O.C.MANUTENZIONE E GESTIONE DEL PATRIMONIO	ARCH. FILIPPO SERINO	filippo.serino@ao-rummo.it	3494182005
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	DR. PASQUALE FERRO	pasquale.ferro@ao-rummo.it	0824 57417 3494182047
U.O.C. FARMACIA	D.SSA ASSUNTA RACCA	assunta.racca@ao-rummo.it	0824 57229 3494182035
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	DR. ELVIO DE BLASIO	elvio.deblasio@ao-rummo.it	0824 57603 3473403638
U.O.C. CHIRURGIA D'URGENZA	DR. BUONANNO MAURIZIO	maurizio.buonanno@ao-rummo.it mauriziobuonanno@virgilio.it	0824 57630 3494182021
U.O.C. MEDICINA D'URGENZA E P.S.	D.SSA GIOVANNA GUIOTTO	Giovanna.guiotto@ao-rummo.it	0824 57678 #86010
U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
U.O.S.D. CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA DELLA MANO	DR. GIANCARLO DE NIGRIS	giancarlo.denigris@ao-rummo.it	3382015826
U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	DR. SCAGLIONE GIUSEPPE	Giuseppe.scaglione@ao-rummo.it	0824 57313
U.O.C. MEDICINA INTERNA	DR. FRANCESCO MARCHESE	francesco.marchese@ao-rummo.it francesco.mar.ben@alice.it	0824 57301 3494182009
U.O.C. MALATTIE	DR. ANGELO	angelo.salomonemegna@ao-rummo.it	0824 57405

INFETTIVE F.F.	SALOMONE MEGNA	rummo.it	3494182011
U.O.C. DERMATOLOGIA	DR. CUSANO FRANCESCO	Francesco.cusano@ao-rummo.it	0824 57 459 3346667749
U.O.S.D. REUMATOLOGIA	DR. STISI STEFANO	stefano.stisi@ao-rummo.it	0824 57780 #86646 3387729693
U.O.S.D. DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	DR. FRANCO ZERELLA	franco.zerella@ao-rummo.it zerellaf@inwind.it	3346667748
U.O.S.D- DAY HOSPITAL MEDICO	DR. DE VITA GIUSEPPE	Giuseppe.devita@ao-rummo.it	3346667755 0824 57410
U.O.C. OTORINOLARINGOIATRA	DR. D'AVENIA EUGENIO f.f.	eugenio.davenia@ao-rummo.it	0824 57487
U.O.C. OCULISTICA	D.SSA MARISA ZEPPA	marisa.zeppa@ao-rummo.it marisazeppa@libero.it	0824 57 442 3494182046
U.O.C. UROLOGIA	DR. LUIGI SALZANO	luigi.salzano@ao-rummo.it	0824 57 477 3494182033
U.O.S.D. D.H. SCIENZE CHIRURGICHE	DR. GIAMPIERO MARIA BERRUTI	giampieromaria.berruti@ao-rummo.it	
U.O.S.D. AUDIOLOGIA E FONOLOGIA	DR. LUIGI CALIFANO	Luigi.califano@ao-rummo.it	0824 57794
U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	DR. GENNARO TREZZA	gennaro.trezza@ao-rummo.it	0824 57351 3494182007
U.O.C. NEONATOLOGIA CON TIN	DR. COCCA FRANCESCO f.f.	Francesco.cocca@ao-rummo.it francesco1cocca@gmail.com	0824 57798
U.O.S.D. FISIOPATOLOGIA RIPRODUZIONE UMANA DIAGNOSI PRENATALE	DR. ALFREDO NAZZARO	Alfredo.nazzaro@ao-rummo.it	3460941240
U.O.S.D. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	DR.PIETRO PISANO	Pietro.pisano@ao-rummo.it	0824 57357
U.O.C. CHIRURGIA GENERALE/ONCOLOGICA	DR. CRISTIANO HUSCHER	Cristiano.huscher@ao-rummo.it	0824 57375
U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA	DR. BRUNO DANIELE	bruno.daniele@ao-rummo.it	0824 57710 3494182015
U.O.C. RADIOTERAPIA	D.SSA TERESA PIRONTI	Teresa.pironti@ao-rummo.it	3494182014
U.O.S.D. SENOLOGIA	DR. PASQUALE ZAGARESE	pasquale.zagarese@ao-rummo.it	3351376003
U.O.S.D. TERAPIA ANTALGICA E CURE PALLIATIVE	DR. PALMIERI VINCENZO	vincenzo.palmieri@ao-rummo.it	0824 57406

U.O.C. NEUROLOGIA	DR. MICHELE FELEPPA	michele.feleppa@ao-rummo.it mifeleppa@virgilio.it	0824 57465 3494182017
U.O.C. NEUROCHIRURGIA	DR. GIUSEPPE CATAPANO	giuseppe.catapano@ao-rummo.it	0824 57760 3494182002
U.O.C. NEURORIANIMAZIONE	DR. POMPILO DE CILLIS	pompilio.decillis@ao-rummo.it	0824 57807 3482709917
U.O.C. NEURORADIOLOGIA	DR. ESPOSITO GENNARO	Gennaro.esposito@ao-rummo.it	0824 57221 3473403637
U.O.S.D. MEDICINA RIABILITATIVA INTENSIVA	DR. LUIGI DI LORENZO	luigi.dilorenzo@ao-rummo.it	0824 57602 3494182025
U.O.C. CARDIOLOGIA UTIC EMODINAMICA INTERVENTISTICA	DR. MARINO SCHERILLO	marino.scherillo@ao-rummo.it	0824 57 679 3494182050
U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE	DR. ELIO FRANCO	elio.franco@ao-rummo.it	0824 57793 3494182036
U.O.C. PNEUMOLOGIA	DR. MARIO DEL DONNO	m.deldonno@ao-rummo.it	0824 57750 3494182051
U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	DR. ALFONSO BENCIVENGA	alfonso.bencivenga@ao-rummo.it	0824 57237 3494182044
U.O.S.D. ECOGRAFIA CENTRALIZZATA DIAGNOSTICA E OPERATIVA	DR. LUIGI DE MINICO	luigi.deminico@ao-rummo.it	0824 57242/264
U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	DR. VINCENZO ROCCO	vincenzo.rocco@ao-rummo.it	0824 57256 3494182029
U.O.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGIA	DR. GIOVANNI MELILLO f.f.	docgmelillo@gmail.com	0824 57334 3494182024
U.O.C. PEDIATRIA F.F.	DR. ELZIARIO VARRICCHIO f.f.	Elziario.varrichio@ao-rummo.it	0824 57368
U.O.S.D. CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA F.F.	DR. NICOLA DE LUCA f.f.	Nicola.deluca@ao-rummo.it nickname23@alice.it	0824 57758
U.O.S.D. GENETICA MEDICA F.F.	DR. LONARDO FORTUNATO	Fortunato.lonardo@ao-rummo.it	0824 57335 3317222536
U.O.S.D. IMMUNOLOGIA E TRASFUSIONE F.F.	DR. ROBERTO VALLONE	Roberto.vallone@ao-rummo.it	0824 57254 #86680
U.O.S.D. DIAGNOSTICA E CHIRURGIA LAPAROSCOPICA	D.ssa PONZANO CECILIA	cecilia.ponzano@ao-rummo.it	# 86621

Normativa di riferimento:	D.lgs. n. 33/2013 art. 1, c. 15, 16, 26, 27, 28, 29, 30,32, 33 e 34, L. n. 190/2012 Capo V della L. n. 241/1990
Azioni da intraprendere:	2018: <u>Attivazione di un Registro informatico per monitorare le istanze di accesso</u> 2019: Implementazione della pubblicazione dati relativi agli acquisti e ai criteri di nomina dei Dirigenti 2020: Implementazione della misura
Soggetti responsabili:	RPCT , Dirigenti
Note:	misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano. Collegamento con il Piano triennale delle performances in fase di approvazione da parte dell' Azienda

CODICI DI COMPORTAMENTO

Lo strumento dei codici di comportamento costituisce una misura di prevenzione molto importante al fine di orientare in senso legale ed eticamente corretto lo svolgimento dell'attività amministrativa. L'articolo 54 del D.lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 1, comma 44, della L. 190/2012, dispone che la violazione dei doveri contenuti nei codici di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di responsabilità disciplinare, civile, amministrativa e contabile.

L'azienda ospedaliera intende avviare il percorso per l'aggiornamento del Codice di comportamento, coinvolgendo l'O.I.V. nell'adozione del parere obbligatorio richiesto per legge, ma resta in attesa delle indicazioni rinvenienti dalla bozza sul Codice di comportamento per gli enti del SSN ancora in

consultazione, datata 20 settembre 2017.

Normativa di riferimento:	art. 54 del D.lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 1, comma 44, della L. 190/2012 D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 <i>“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”</i> PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015) PNA 2016 (Deliberazione n. 831/2016) PNA 2017 (Deliberazione n. 1208 /17) Tavolo di lavoro su <i>“Conflitto di interessi e Codici di comportamento»</i> con AGENAS e Ministero della salute volto ad esaminare il livello di implementazione dei codici di comportamento negli enti del SSN destinatari
Azioni da intraprendere:	2018: Aggiornamento del Codice di comportamento all'esito del tavolo congiunto AGENAS – Ministero Salute 2019: introduzione di un questionario sulla qualità della prestazione medica in altre lingue in primis l' inglese 2020: costituzione di un registro per monitorare i rapporti tra medici e informatori farmaceutici
Soggetti responsabili:	RPCT: Vigilanza su attuazione Codice di comportamento. Tutti i Dirigenti: Attuazione e vigilanza sui dipendenti. UDD: applicazione delle sanzioni al personale dipendente attraverso
Note:	misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano ed a tutti i dipendenti.

INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI E MONITORAGGIO TERMINI PROCEDIMENTALI

Come evidenziato dallo stesso PNA 2016, l'informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto particolarmente efficace dal momento che consente la tracciabilità dell'intero processo amministrativo, evidenziandone ciascuna fase e le connesse responsabilità. **L'informatizzazione dei processi** è stata considerata, altresì, **obiettivo strategico** secondo le indicazioni dell' organo di indirizzo politico. Tale aspetto assume rilievo anche alla luce del nuovo Regolamento atteso dal Dipartimento della funzione pubblica e del Regolamento privacy europeo che entrerà in vigore il **1 giugno 2018**.

Azioni da intraprendere:	<p>2018: Obbligo per i Dirigenti di relazione al RPC entro il 30.06.2017 sul livello di informatizzazione dei processi attuati nei rispettivi settori ed alla fattibilità e tempi, tenuto conto anche delle risorse finanziarie necessarie e disponibili.</p> <p>2019: implementazione dati relativi alle liste d'attesa (art 41 c. 6 , d.lgs. n. 33/13)</p> <p>2020: Implementazione della misura</p>
Soggetti responsabili:	Tutti i Dirigenti inoltrano Report ogni 6 mesi. RPCT.
Note:	misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano

CONFLITTO DI INTERESSI E CONTROLLO SULLE DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DELL'ART. 6 BIS DELLA LEGGE 241/90

L'articolo 1, comma 9, lett. e) della legge n. 190/2012 e l'art 6 bis della l. n. 241/'90 prevedono l'obbligo di monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.

A tal fine, devono essere verificate le ipotesi di relazione personale o professionale sintomatiche del possibile conflitto d'interesse tipizzate dall'articolo 6 del D.P.R. n. 62/2013 "*Codice di comportamento dei dipendenti pubblici*" nonché quelle in cui si manifestino "*gravi ragioni di convenienza*" secondo quanto previsto dal successivo articolo 7 del medesimo decreto.

Normativa di riferimento:	<p>art. 1, comma 9, lett. e), legge n. 190/2012</p> <p>artt. 6 e 7 D.P.R. n. 62/2013</p> <p>PNA 2015 (Determinazione n. 12/2015), PNA 2016 (Deliberazione n. 831/2016), PNA 2017</p>
---------------------------	--

Azioni da intraprendere:	<p>2018: avvio di un monitoraggio sull' attuazione della misura tramite richiesta ai Direttori UU.OO.CC di una nota in cui danno contezza della verifica effettuata sui procedimenti del proprio settore</p> <p>2019: verifica dell' attività di monitoraggio nel settore appalti, tramite verifiche trimestrali</p> <p>2020: implementazione della misura</p> <p>Collegamento con la Misura M11 relativa alla rotazione del personale e M02, M06</p>
Soggetti responsabili:	tutti i Dirigenti di settore e tutti i dipendenti. monitoraggio semestrale a campione del RPC
Note:	misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano. Particolare attenzione nelle aree generali di rischio secondo la declaratoria della Determinazione n. 12/2015

INCONFERIBILITÀ INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI E INCARICHI AMMINISTRATIVI DI VERTICE

I concetti di inconferibilità ed incompatibilità sono indicati nella disciplina speciale, intendendosi per “*inconferibilità*” la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, ovvero a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico; 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 quindici giorni, tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

In ragione di ciò è fatto obbligo a tutti i dipendenti che ricevono un incarico di procedere alla immediata comunicazione al RPC il quale, verificata l’inadempienza, potrà attivare i poteri previsti dalla Determinazione Anac n. 831/2016.

Il RPC è chiamato ad un particolare monitoraggio sulle condizioni di legittimità che dovranno essere prontamente segnalate al Direttore Generale ed ad ANAC.

Normativa di riferimento:	decreto legislativo n. 39/2013 – Determinazione n. 831 del 3.08.2016 Anac Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) 2015
Azioni da intraprendere:	Autocertificazione da parte dei Dirigenti di settore all'atto del conferimento dell'incarico circa l'insussistenza delle cause di inconfiribilita' e di incompatibilità previste dal decreto citato. Quindi dichiarazione annuale nel corso dell'incarico sulla insussistenza delle cause di incompatibilità. Il RPC cura l'acquisizione annuale delle autocertificazioni, garantendo la pubblicazione in Amministrazione Trasparente. Collegamento con le Misure M02 e M11
Soggetti responsabili:	Tutti i Dirigenti
Termine:	2018: adozione di specifica modulistica 2019: avvio di un monitoraggio sulle dichiarazioni presentate. 2020 : implementazione della misura Collegamento con le Misure M01, M02, M04, M10 e M11
Note:	In caso di inadempimento è data facoltà al RPC di intervenire anche attraverso specifiche sanzioni, salvo intervento di Anac previsto nella Determinazione Anac n. 831 del 3 agosto 2016.

INCARICHI D'UFFICIO, ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI VIETATI AI DIPENDENTI

L'articolo 53, comma 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001 prevede che "...con appositi regolamenti emanati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, sono individuati, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2".

L'Azienda Sanitaria ha provveduto all' adozione di un Regolamento in materia nel corso del 2017.

Normativa di riferimento:	art. 53, comma 3- <i>bis</i> , d.lgs n. 165/2001 art. 1, comma 58- <i>bis</i> , legge n. 662/1996 <i>Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.)</i>
Azioni da intraprendere:	Occorre sensibilizzare i dipendenti ad ottenere autorizzazione degli incarichi, eliminando situazione di criticità attraverso adozione di regolamento interno. Collegamento con la Misura M02
Soggetti responsabili:	Ciascun Dirigente . RPC: per le attività di verifica e monitoraggio
Termine:	2018: Avvio azioni di monitoraggio e verifica delle situazioni esistenti, con Report annuale, dopo l' adozione del Regolamento in materia avvenuto nel corso del 2017 2019: implementazione dell' attività di verifica a seguito dell' accorpamento dell' Ospedale di S. Agata dei Goti 2020: verifica del sistema di monitoraggio adottato ed eventuale sua implementazione Collegamento con le Misure M01, M02, M04 e M10
Note:	E' data facoltà al RPC di effettuare controlli a campione lungo l'anno.

FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI FORMAZIONE DI COMMISSIONI DI AGGIUDICAZIONE E ULTERIORI MISURE PER I CONTRATTI PUBBLICI

L'articolo 35-*bis* del d.lgs n.165/2001, introdotto dalla legge n. 190/2012 prevede che, al fine di prevenire il fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici, per tutti 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”* sia precluso far parte di commissioni di gara.

Già il P.N.A. 2015- Determinazione n. 12/2015- prevedeva nella sezione speciale per i contratti pubblici, misure specifiche e ulteriori per i procedimenti di affidamento degli appalti di lavori, servizi e forniture, procedendo alla scomposizione dei sistemi di affidamento in sei fasi, al quale si rinvia. Il P.N.A. 2016 – Deliberazione n. 831/2016- incrementa i criteri di trasparenza per gli acquisti e- procurement prevedendo ulteriori misure di controllo. Tuttavia, si procede alla previsione di o misure specifiche ed ulteriori chi procede all'affidamento di appalti, fuori dalle procedure effettuate con MEPA e per chi si trova a far parte di commissioni.

Normativa di riferimento:	art. 35- <i>bis</i> del d.lgs n.165/2001 Determinazione n. 12/2015 Deliberazione n. 831/2016
Azioni da intraprendere:	2018 avvio di un monitoraggio a cura del RPCT sul rispetto dell'obbligo di autocertificazione circa l'assenza delle cause ostative indicate dalla normativa citata per: a) membri commissione e segretari di commissioni di concorso e di aggiudicazione; b) Titolari di uffici di direzione in aree a rischio 20 2019: .ricorso a membri esterni senza oneri aggiuntivi per l' Azienda 22 2020: implementazione della misura
Soggetti responsabili:	Tutti i componenti delle commissioni di gara . RPC: monitoraggio a campione con Report
Termine:	entro il 15.07 e 15.12 per la predisposizione dei Reports.
Note	misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano trattandosi di adempimento previsto per tutte le fasi di gara

WHISTLEBLOWING

A seguito dell'entrata in vigore della **L. 29 dicembre 2017 n. 179** è intenzione dell'Ente provvedere all'acquisto entro il mese di giugno di un software al fine di dare attuazione alla nuova normativa in materia.

Tra gli aspetti più salienti della novella si segnalano :

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

Le tutele previste dalla legge per chi fa la segnalazione non sono offerte in caso di accertata responsabilità penale per calunnia o diffamazione

Normativa di riferimento:	L. 29 dicembre 2017 n. 179, , PNA 2015, PNA 2016
Azioni da intraprendere:	2018: Acquisto di un software per garantire l'anonimato 2019: verifica esito procedura informatizzata 2020: implementazione della misura Collegamento con la Misura M02
Soggetti responsabili:	Ciascun dipendente all'atto della conoscenza dei fatti illeciti. RPC nella fase di gestione della segnalazione
Note:	misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano e per tutte le fattispecie di procedure

PATTI DI INTEGRITÀ

L'articolo 1 comma 17 della legge 190/2012 prevede che le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara.

I patti di integrità e i protocolli di legalità configurano un complesso di regole di comportamento volte alla prevenzione del fenomeno corruttivo e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'A.V.C.P.- oggi Anac- con determinazione n. 4 del 2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella determinazione si precisa che *“mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr. Cons. St., sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066).”*

Il Ministero dell'Interno e l'ANAC hanno sottoscritto delle linee guida in data 15 luglio 2014 per l'adozione di protocolli di legalità di seconda generazione che tengano conto della possibilità da parte delle stazioni appaltanti di inserire nei bandi di gara e quindi nella documentazione da sottoscrivere a cura della impresa aggiudicatrice della clausola risolutiva espressa al ricorrere di determinate condizioni ex art. 1456 c.c. Pertanto, è volontà di questa Amministrazione procedere all'adozione del protocollo di legalità, adottando le citate prescrizioni. Il processo di risoluzione è comunque sottoposto alla sospensione da parte dell'ANAC ai sensi dell'art. 32 del DL 90/2014 (Consiglio di Stato, ordinanza n. 4089 /2014).

l'Azienda procederà ad adottare patti di integrità da inserire all'interno dei bandi e contratti entro il 30.06.2018.

Normativa di riferimento:	articolo 1, comma 17 della legge 190/2012 Prime e seconde Linee guida Ministero interno – Anac 15.07.2014 – 28.01.2015
Azioni da intraprendere:	2018: Adozione patto di integrità da inserire all'interno dei bandi e contratti entro il 30 giugno a cura del RPC. 2019: monitoraggio sulla misura adottata tramite richiesta al Direttore UU.OO.CC. di una reportistica in ordine al rispetto della misura nel settore appalti 2020: implementazione della misura Collegamento con le Misure M01, M02, M04, M05, M09, M10, M11
Soggetti responsabili:	RPC per la sua adozione e monitoraggio. Tutti i Dirigenti nella fase di attuazione.
Note	Misura specifica per le procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, con riferimento a tutti i livelli di rischio. Inserimento della clausola risolutiva espressa ai sensi dell'art. 1456 c.c. al ricorrere dell'applicazione di misura interdittiva personale per uno dei delitti contro la P.A. Estensione ai procedimenti di e- procurement e ricorso a centrali di committenza.

LA FORMAZIONE

La legge n. 190/2012 prevede che il Responsabile per la prevenzione della corruzione definisca procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo.

La formazione in tema di anticorruzione prevede uno stretto collegamento tra il piano triennale di formazione e il P.T.P.C.

La formazione costituisce elemento basilare e ruolo strategico nella qualificazione e mantenimento delle competenze, considerata come misura essenziale tanto dal PNA 2015 quanto dalla Deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016 (PNA 2016).

L'Azienda ha approvato, nelle more della approvazione del Piano triennale della prevenzione della corruzione, la Deliberazione del Direttore Generale n. 1102 del 17.10.2016 concernente un piano di formazione triennale sui temi dell'anticorruzione- teorico e pratico allo scopo di coinvolgere i responsabili nel processo di comprensione delle procedure di adozione del piano- sui temi della trasparenza, appalti ma anche sui temi della integrità, legalità ed etica. E' stata seguita la strada della formazione pratica più che teorica che coinvolga tanto soggetti apicali quanto i dipendenti comuni.

La formazione in programmazione all'interno dell'Azienda Rummo si pone in linea con il paragrafo 8

del PNA 2016 ed assolverà al compito di formare i dipendenti anche ai fini di una interscambiabilità delle competenze, nell'ottica di una presumibile rotazione.

E' intenzione dell' Azienda continuare a puntare sulla formazione e per questo procederà ad adottare un nuovo piano di formazione andando ad incrementare i corsi in materia di anticorruzione, appalti e contabilità, soprattutto in virtù della riorganizzazione Aziendale dovuta all' accorpamento dell' ospedale di S. Agata dei Goti.

Trattandosi di formazione obbligatoria non rientra nei limiti di spesa previsti dall'art. 6, comma 13, del Dl 78/2010 come confermato dalla giurisprudenza contabile della Corte Conti Emilia Romagna – Deliberazione n. 276/2013 (ex multis Sezione regionale di controllo per il Friuli Venezia Giulia n. 106/2012).

Normativa di riferimento:	articolo 1, commi 5 lett. b), 8, 10 lett. c, 11 della legge 190/2012 PNA 2015- art. 8 Cap. VII Sanità del PNA 2016 Deliberazione Corte Conti Emilia Romagna n. 276/2013- Corte Conti Friuli Venezia Giulia n. 106/2012).
Azioni da intraprendere:	2018- 2020 Adozione di un nuovo piano di formazione Collegamento con le Misure M01, M02, M11
Soggetti responsabili:	Tutti i dipendenti coinvolti. Il RPC, entro il 30 ottobre di ogni anno verifica l'efficacia della formazione anche ai fini della rotazione del personale, garantendo sempre i livelli essenziali delle prestazioni.

ROTAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLE AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE

La rotazione del personale ha rappresentato la vera novità del 2017 per l' azienda , dal momento che si è dotata di **un Piano aziendale di rotazione su base pluriennale**.

Il Piano mira, inoltre, ad evitare che la rotazione sia impiegata al di fuori di un programma predeterminato e possa essere intesa o utilizzata in maniera non funzionale alle esigenze di prevenzione di fenomeni di cattiva amministrazione e corruzione. Per tali motivi, è programmata su base pluriennale ed è calibrata in relazione alle caratteristiche peculiari della struttura.

L' applicazione della misura avverrà in modo graduale al fine di mitigare l' eventuale rallentamento dell' attività ordinaria, motivo per cui l' Azienda per dare avvio all' attuazione di una misura così delicata, è partita dando priorità agli uffici più esposti al rischio corruzione avendo cura di

programmare in tempi diversi e non simultanei la rotazione dei Dirigenti e del personale all' interno di una medesimo ufficio o struttura.

Normativa di riferimento:	articolo 1, commi 4 lett. e), 5 lett. b), 10 lett. b) della legge 190/2012 art. 16, comma 1, lett. l-quater, del D.lgs 165/2001 Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) 2015- Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) 2016-
Azioni da intraprendere:	2018: Rotazione dei Direttori di UU. OO. CC. area amministrativa 2019: Inizio rotazione area medica 2020: Implementazione della misura per altre figure sanitarie come previsto dal Piano rotazionale 2017.. Collegamento con le Misure M01, M02, M04, M06, M10
Soggetti responsabili:	Tutti i Dirigenti, Dipendenti con qualifica funzionale, appartenenti alle aree cliniche e tecnico amministrative
Termine:	Report annuale da parte del RPC sullo situazione esistente nell' Azienda.
Note:	misura specifica per il livello di rischio classificato dal presente Piano come "alto"

Il presente piano si applica a tutti i dipendenti presenti nell'Ente al di là delle rispettive qualifiche.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione trasfuse nel presente P.T.P.C. devono essere rispettate da tutti i dipendenti, compresi i Dirigenti.

L'articolo 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012 dispone infatti che ***“La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare”***.

Con particolare riferimento ai Dirigenti, a detta responsabilità disciplinare si aggiunge quella Dirigenziale che può comportare la revoca dell'incarico dirigenziale, la segnalazione alla Corte dei Conti ed all'Autorità giudiziaria.

* * * * *

SEZIONE TRASPARENZA

L'Azienda Ospedaliera G. Rummo di Benevento ha previsto una implementazione della c.d. sezione Trasparenza, sia alla luce delle novità introdotte dal D.lgs. n. 33/13 di riforma del D.lgs. n. 33/13 sia all' esito delle Delibere gemelle n. 1309 e 1310 del 28 dicembre 2016 adottate dall' ANAC. In particolare, la riforma della normativa sulla trasparenza operata con il D.lgs. n. 97/2016, che ha modificato parte del D.lgs. n. 33/2013 e della L. 190/2012, mira ad introdurre in Italia un vero e proprio *Freedom of Information Act* (FOIA), in analogia con quanto fatto nei Paesi del Nord Europa ed anglosassoni, richiedendo un profondo ripensamento delle modalità operative e mettendo la trasparenza dell'operato della pubblica amministrazione al centro della propria attività.

L'elemento più rilevante della riforma, tale da indurre le amministrazioni a modificare organizzazione e comportamenti, consiste nel c.d. ampliamento per quanto concerne i casi di ricorso all'accesso civico, che diviene diritto di ogni cittadino di pretendere la pubblicazione nei siti istituzionali degli atti e delle informazioni da rendere obbligatoriamente pubblici e ottenere gratuitamente dati, informazioni e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria detenuti dalla pubblica amministrazione. **Sull' accesso civico , l' Azienda, in linea con la “Linee Guida n. 1309/16 ha deciso di istituire “un registro delle richieste di accesso presentate (per tutte le tipologie di accesso), al fine di monitorare tale aspetto e proseguire l'attività avviata con l'adozione del Regolamento che fa il punto proprio sulle 3 distinte tipologie di accesso.**

Ambito oggettivo di applicazione (art. 2) - Mediante la sostituzione dell'art. 2, comma 1, viene ridefinito ed ampliato l'ambito oggettivo del D.lgs. n. 33/2013, non più limitato alla sola individuazione degli obblighi di pubblicità e trasparenza delle P.A., ma volto ad assicurare la libertà di accesso (cd. Accesso civico), da parte di chiunque ai dati e documenti detenuti dalle P.A., nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tramite l'accesso civico e tramite la pubblicazione di documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle P.A.

- **Con l'introduzione dell'art. 2-bis**, la disciplina del D.lgs. n. 33/2013 applicabile alle P.A. ex D.lgs. n. 165/2001 si applica anche, “in quanto compatibile” alle società in controllo pubblico fatte salve le società quotate;
- **Dati pubblici aperti (art. 4bis)** - Si demanda all'AGID, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, la gestione del sito internet denominato “Soldi pubblici”, che consente l'accesso ai dati dei pagamenti delle P.A. e ne permette la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta e alle amministrazioni che l'hanno effettuata, nonché

all'ambito temporale di riferimento.

- **Il nuovo accesso civico (art. 5)** - Si prevede una nuova forma di accesso civico, da parte di chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, in relazione a tutti i dati e documenti detenuti dalle P.A., ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela degli interessi giuridicamente rilevanti. Il rilascio dei documenti richiesti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dalla P.A. per la riproduzione dei supporti materiali. Viene inoltre dettata una disciplina puntuale per tutelare eventuali controinteressati.
- **Accesso alle informazioni pubblicate sui siti (art. 9 bis)** - Mediante l'introduzione dell'art. 9-bis, D.lgs. n. 33/2013, viene previsto che le PP.AA. titolari delle banche dati di cui all'Allegato B, i cui contenuti abbiano ad oggetto informazioni, dati e documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, debbano rendere pubbliche - entro un anno dall'entrata in vigore della norma - le predette banche dati, in modo tale che i soggetti tenuti all'osservanza delle disposizioni in materia di pubblicità e trasparenza possano assolvere ai relativi obblighi attraverso l'indicazione sul proprio sito istituzionale (sezione "Amministrazione trasparente"), del collegamento ipertestuale alle stesse banche dati, ferma restando la possibilità di mantenere la pubblicazione sul proprio sito.
- **Coordinamento con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione (art. 10)** - Si prevede la soppressione dell'obbligo, per le P.A., di redigere il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ("PTTI"), demandando a ciascuna P.A. il compito di indicare, in un'apposita sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione ("PTPC"), i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.
- **Obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale (art. 12)** - Si amplia il novero dei dati di carattere normativo e amministrativo generale oggetto di pubblicazione obbligatoria alle misure integrative della prevenzione, ai documenti di programmazione strategico-gestionale e agli atti degli OIV.
- **Obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle P.A. (art. 13)** - Si sopprime l'obbligo di pubblicazione dei dati relativi alle risorse assegnate a ciascun ufficio.
- **Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione,**

di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali (art. 14) Si estende sì l'obbligo delle P.A. di pubblicazione dei dati relativi ai titolari di incarichi politici, anche se non di carattere elettivo, ai titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito, e per i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, compresi quelli relativi ai titolari di posizioni organizzative a cui sono affidate deleghe per lo svolgimento di funzioni dirigenziali, mentre per gli altri titolari di posizioni organizzative si prevede la pubblicazione del solo curriculum vitae. È prevista la pubblicazione, da parte dell'Azienda sul proprio sito istituzionale, dell'ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica da ciascun dirigente; inoltre, negli atti di conferimento degli incarichi dirigenziali e nei relativi contratti devono essere riportati **gli obiettivi di trasparenza** sia in modo aggregato che analitico, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini (con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e costo del personale), e che, il mancato raggiungimento dei suddetti obiettivi, oltre ad essere tenuto in considerazione ai fini del conferimento di successivi incarichi determina **responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art 21 del D.lgs. n. 165/01.**

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

Sono dunque espunti dalla norma tutti i riferimenti agli obblighi di pubblicazione relativi ai titolari di incarichi dirigenziali, la cui disciplina viene assorbita nell'ambito dell'art. 14 D.lgs. n. 33/2013.

- **Obblighi di pubblicazione dei dati relativi alla valutazione della performance e alla distribuzione dei premi al personale (art. 20)** - Si prevede l'obbligo per le P.A. di pubblicare

i criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio e i dati relativi alla sua distribuzione, in forma aggregata.

- **Obblighi di pubblicazione concernenti i provvedimenti amministrativi (art. 23)** - Si semplifica la disciplina di cui all'art. 23 del D.lgs. n. 33/2013, mediante la soppressione degli obblighi di pubblicazione relativi ai provvedimenti finali dei procedimenti di autorizzazione e concessione e dei concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera. Relativamente ai provvedimenti finali relativi ai procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici ex D.lgs. n. 50/2016 o ad accordi stipulati tra P.A., è inoltre abrogato l'obbligo di pubblicazione - mediante scheda sintetica - dei dati relativi al contenuto, all'oggetto, all'eventuale spesa prevista e agli estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento.
- **Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (art. 37)** - E' stato sancito l'obbligo per le P.A. e le stazioni appaltanti di pubblicare:
 - a) i dati di cui all'art. 1, comma 32 della L. 190/2012. Tale obbligo può intendersi assolto mediante l'invio di tali dati alla banca dati delle P.A. ex art. 2 del D.lgs. n. 229/2011, relativamente alla parte "lavori";
 - b) gli atti e le informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi del D.lgs. n. 50/2016.

La norma non contiene un'indicazione puntuale di atti ma rinvia genericamente agli "atti" del nuovo Codice, imponendo alle stazioni appaltanti un'attività complessa di enucleazione delle diverse tipologie di atti da pubblicare, con possibili difformità di comportamento.

- **Trasparenza del servizio sanitario nazionale (art 41)** Gli Enti del servizio sanitario nazionale, dei servizi sanitari regionali, ivi comprese le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, le agenzie e gli altri enti ed organismi che svolgono attività di programmazione e fornitura dei servizi sanitari, sono tenuti all' adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. Pubblicano i dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per lavoro, bene o servizio e ne consentono la consultazione in forma aggregata, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all' ambito territoriale di riferimento, ai beneficiari. Pubblicano, altresì, le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di Direttore Generale, sanitario, amministrativo, nonché gli incarichi di responsabili di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi

bandi e avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure e gli atti di conferimento. A dire il vero, una delle modifiche più incisive per la sanità introdotte dal D.lgs. 97/2016 riguarda, anche ai fini anticorrittivi, il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intramoenia. L'art.33 DLgs 97/2016 intervenendo sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa contenute all'art.41, co.6, DLgs 33/2013, ha previsto l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste. Al fine di evitare il rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, con induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in ALPI a seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale sono previsti i seguenti adempimenti:

- informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione delle aziende sanitarie;
- separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale intramoenia (ALPI);
- unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP) su base regionale o almeno provinciale, facilmente accessibile (es. call center, sportelli aziendali, rete delle farmacie, ecc.) con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene la prima visita e i follow up successivi;
- utilizzo delle classi di priorità clinica per l'accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa (specificando se si tratta di prima visita o controllo).

Un ulteriore rischio può essere legato al fenomeno del drop out, ovvero al caso delle prenotazioni regolarmente raccolte dal CUP ma che non vengono eseguite a causa dell'assenza del soggetto che ha prenotato. Al fine di evitare opportunistici allungamenti dei tempi di attesa in attività condotta in regime istituzionale, saranno utilizzati diversi strumenti gestionali quali, ad esempio, recall, SMS, reminder, pre-appuntamento, per verificare la reale consistenza delle liste di attesa. A tale scopo, può essere efficace prevedere a livello aziendale l'obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali, disciplinando i casi in cui sia possibile giustificare la mancata disdetta per impedimenti oggettivi e documentati. Va evidenziato che le suddette misure, poiché presuppongono il pieno rispetto degli obblighi di legge vigenti in tema di liste di attesa, sono da considerarsi esemplificative delle possibili strategie ulteriori che le regioni e le aziende sanitarie possono porre in essere per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, anche in termini di miglioramento dei piani adottati

in conformità al Piano nazionale di governo delle liste di attesa, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, di cui all'art. 1, co. 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

- **Responsabile per la trasparenza (art. 43)** - In conseguenza della soppressione dell'obbligo di redazione del PTTI, viene modificato anche l'art. 43 del D.lgs. n. 33/2013, che individua i compiti del responsabile per la trasparenza. Si estende inoltre ai dirigenti o ai funzionari titolari di P.O. con deleghe dirigenziali responsabili il compito di controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico.
- **Autorità Nazionale Anticorruzione (art. 45)** - Si attribuisce all'ANAC il potere di ordinare, nei confronti di una P.A. inadempiente, la pubblicazione, entro un termine di 30 giorni, degli atti oggetto di pubblicazione obbligatoria, nonché di segnalare il mancato rispetto degli obblighi di pubblicazione (che costituisce illecito disciplinare), all'ufficio disciplinare della P.A., ai fini dell'attivazione del relativo procedimento a carico del responsabile della pubblicazione e del dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni.
- **Responsabilità derivante dalla violazione delle disposizioni in materia di pubblicazione e accesso civico (art. 46)** - Costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, causa di responsabilità per danno all'immagine della P.A. nonché elemento di valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio, oltre all'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, anche il rifiuto, il differimento o la limitazione dell'accesso civico.
- **Sanzioni per violazioni degli obblighi di trasparenza per casi specifici (art. 47)** - La sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro è irrogata dall'ANAC e si applica anche nei confronti:
 - del dirigente che non comunichi gli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica e del responsabile della mancata pubblicazione di tale dato;
 - del responsabile della mancata pubblicazione dei dati relativi ai pagamenti della P.A. ai sensi del nuovo art. 4-bis D.lgs. 33/2013.

Si evidenzia che la riforma punta alla semplificazione dei troppi adempimenti richiesti dalla normativa:

1. Viene eliminato il Piano triennale per la trasparenza e l'integrità, essendo sufficiente il Piano

triennale della prevenzione della corruzione;

2. Alcuni adempimenti non saranno più richiesti, come la produzione dell'elenco semestrale dei provvedimenti in tema di appalti e concorsi;
3. Alcune pubblicazioni sui portali, nella sezione "Amministrazione trasparente", potranno effettuarsi tramite link già presenti nei siti, evitando duplicazioni;

ART.1 I Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, informazioni e dati

I soggetti che sono responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati sono:

- a) Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
- b) I Direttori di UU.OO.CC. e/o altri produttori di dati, documenti, informazioni.

Ciascun Direttore è tenuto per il settore di propria competenza, a trasmettere al Responsabile della pubblicazione ufficio CED nei tempi e modalità richieste dalle vigenti disposizioni, i dati, i documenti e le informazioni da pubblicare nella sezione “ Amministrazione Trasparente”.

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

Ciascun Dirigente curerà, inoltre, l'aggiornamento di quanto già pubblicato, secondo la propria esclusiva responsabilità.

Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza è il dott. Bruno Daniele – Dipartimento Oncologia e U.O.C. Oncologia medica via dell' Angelo 1 Benevento – pec: responsabileanticorruzione.trasparenza@pec.ao.rummo.it

Di seguito si riportano i nomi dei Direttori delle UU. OO. CC. di cui si compone l' Ente, con indicazione di recapiti telefonici, mail, pec:

U.O.C. PROVVEDITORATO ED ECONOMATO	D.SSA M.NICOLETTA MERCURI	nicoletta.mercuri@ao-rummo.it	0824 57562 3346667751
U.O.C. TECNICA E PROGRAMMAZIONE CED	DR. ALBERTO DI STASIO	Alberto.distasio@ao-rummo.it	0824 57515 3494182040
U.O.S.D. PROGRAMMAZIONE PROGETTAZIONE VALUTAZIONE STR. E GESTIONE DELLA PERFORMANCE	D.SSA FEDERICA D'AGOSTINO	Federica.dagostino@ao-rummo.it	0824 57525
U.O.S.D. INGEGNERIA CLINICA	ING.GIANPAOLO CATALANO	Gianpaolo.catalano@ao-rummo.it	0824 57300 3494182006
U.O.S.D. MEDICINA DEL LAVORO	DR. ADAMO FRANCESCO	Francesco.adamo@ao-rummo.it	0824 57745
U.O.C. EPIDEMIOLOGIA E VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA	DR. RAFFAELE LANNI f.f.	Raffaele.lanni@ao-rummo.it	0824 57537
U.O.C.MANUTENZIONE E GESTIONE DEL PATRIMONIO	ARCH. FILIPPO SERINO	filippo.serino@ao-rummo.it	3494182005
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	DR. PASQUALE FERRO	pasquale.ferro@ao-rummo.it	0824 57417 3494182047
U.O.C. FARMACIA	D.SSA ASSUNTA RACCA	assunta.racca@ao-rummo.it	0824 57229 3494182035
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	DR. ELVIO DE BLASIO	elvio.deblasio@ao-rummo.it	0824 57603 3473403638
U.O.C. CHIRURGIA D'URGENZA	DR. BUONANNO MAURIZIO	maurizio.buonanno@ao-rummo.it mauriziobuonanno@virgilio.it	0824 57630 3494182021
U.O.C. MEDICINA D'URGENZA E P.S.	D.SSA GIOVANNA GUIOTTO	Giovanna.guiotto@ao-rummo.it	0824 57678 3333669242
U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	DR. GIUSEPPE PICA	giuseppe.pica@ao-rummo.it	3337177795
U.O.S.D. CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA DELLA MANO	DR. GIANCARLO DE NIGRIS	giancarlo.denigris@ao-rummo.it	3382015826
U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA	DR. SCAGLIONE GIUSEPPE	Giuseppe.scaglione@ao-rummo.it	0824 57313

DIGESTIVA			
U.O.C. MEDICINA INTERNA	DR. FRANCESCO MARCHESE	francesco.marchese@ao-rummo.it francesco.mar.ben@alice.it	0824 57301 3494182009
U.O.C. MALATTIE INFETTIVE F.F.	DR. ANGELO SALOMONE MEGNA	angelo.salomonemegna@ao-rummo.it	0824 57405 3494182011
U.O.C. DERMATOLOGIA	DR. CUSANO FRANCESCO	Francesco.cusano@ao-rummo.it	0824 57 459 3346667749
U.O.S.D. REUMATOLOGIA	DR. STISI STEFANO	stefano.stisi@ao-rummo.it	0824 57780 3387729693
U.O.S.D. DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	DR. FRANCO ZERELLA	franco.zerella@ao-rummo.it zerellaf@inwind.it	3346667748
U.O.S.D- DAY HOSPITAL MEDICO	DR. DE VITA GIUSEPPE	Giuseppe.devita@ao-rummo.it	3346667755 0824 57410
U.O.C. OTORINOLARINGOIATRA	DR. D'AVENIA EUGENIO f.f.	eugenio.davenia@ao-rummo.it	0824 57487
U.O.C. OCULISTICA	D.SSA MARISA ZEPPA	marisa.zeppa@ao-rummo.it marisazeppa@libero.it	0824 57 442 3494182046
U.O.C. UROLOGIA	DR. LUIGI SALZANO	luigi.salzano@ao-rummo.it	0824 57 477 3494182033
U.O.S.D. D.H. SCIENZE CHIRURGICHE	DR. GIAMPIERO MARIA BERRUTI	giampieromaria.berruti@ao-rummo.it	
U.O.S.D. AUDIOLOGIA E FONOLOGIA	DR. LUIGI CALIFANO	Luigi.califano@ao-rummo.it	0824 57794
U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	DR. GENNARO TREZZA	gennaro.trezza@ao-rummo.it	0824 57351 3494182007
U.O.C. NEONATOLOGIA CON TIN	DR. COCCA FRANCESCO f.f.	Francesco.cocca@ao-rummo.it francesco1cocca@gmail.com	0824 57798
U.O.S.D. FISIOPATOLOGIA RIPRODUZIONE UMANA DIAGNOSI PRENATALE	DR. ALFREDO NAZZARO	Alfredo.nazzaro@ao-rummo.it	3460941240
U.O.S.D. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	DR.PIETRO PISANO	Pietro.pisano@ao-rummo.it	0824 57357
U.O.C. CHIRURGIA GENERALE/ONCOLOGICA	DR. CRISTIANO HUSCHER	Cristiano.huscher@ao-rummo.it	0824 57375
U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA	DR. BRUNO DANIELE	bruno.daniele@ao-rummo.it	0824 57710 3494182015
U.O.C. RADIOTERAPIA	D.SSA TERESA PIRONTI	Teresa.pironti@ao-rummo.it	3494182014
U.O.S.D. SENOLOGIA	DR. PASQUALE	pasquale.zagarese@ao-	3351376003

	ZAGARESE	rummo.it	
U.O.S.D. TERAPIA ANTALGICA E CURE PALLIATIVE	DR. PALMIERI VINCENZO	vincenzo.palmieri@ao-rummo.it	0824 57406
U.O.C. NEUROLOGIA	DR. MICHELE FELEPPA	michele.feleppa@ao-rummo.it mifeleppa@virgilio.it	0824 57465 3494182017
U.O.C. NEUROCHIRURGIA	DR. GIUSEPPE CATAPANO	giuseppe.catapano@ao-rummo.it	0824 57760 3494182002
U.O.C. NEURORIANIMAZIONE	DR. POMPILO DE CILLIS	pompilio.decillis@ao-rummo.it	0824 57807 3482709917
U.O.C. NEURORADIOLOGIA	DR. ESPOSITO GENNARO	Gennaro.esposito@ao-rummo.it	0824 57221 3473403637
U.O.S.D. MEDICINA RIABILITATIVA INTENSIVA	DR. LUIGI DI LORENZO	luigi.dilorenzo@ao-rummo.it	0824 57602 3494182025
U.O.C. CARDIOLOGIA UTIC EMODINAMICA INTERVENTISTICA	DR. MARINO SCHERILLO	marino.scherillo@ao-rummo.it	0824 57 679 3494182050
U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE	DR. ELIO FRANCO	elio.franco@ao-rummo.it	0824 57793 3494182036
U.O.C. PNEUMOLOGIA	DR. MARIO DEL DONNO	m.deldonno@ao-rummo.it	0824 57750 3494182051
U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	DR. ALFONSO BENCIVENGA	alfonso.bencivenga@ao-rummo.it	0824 57237 3494182044
U.O.S.D. ECOGRAFIA CENTRALIZZATA DIAGNOSTICA E OPERATIVA	DR. LUIGI DE MINICO	luigi.deminico@ao-rummo.it	0824 57242/264
U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	DR. VINCENZO ROCCO	vincenzo.rocco@ao-rummo.it	0824 57256 3494182029
U.O.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGIA	DR. GIOVANNI MELILLO f.f.	docgmelillo@gmail.com	0824 57334 3494182024
U.O.C. PEDIATRIA F.F.	DR. ELZIARIO VARRICCHIO f.f.	Eelziario.varrichio@ao-rummo.it	0824 57368
U.O.S.D. CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA F.F.	DR. NICOLA DE LUCA f.f.	Nicola.deluca@ao-rummo.it nickname23@alice.it	0824 57758
U.O.S.D. GENETICA MEDICA F.F.	DR. LONARDO FORTUNATO	Fortunato.lonardo@ao-rummo.it	0824 57335 3317222536
U.O.S.D. IMMUNOLOGIA E TRASFUSIONE F.F.	DR. ROBERTO VALLONE	Roberto.vallone@ao-rummo.it	0824 57254

U.O.S.D. DIAGNOSTICA E CHIRURGIA LAPAROSCOPICA	D.ssa PONZANO CECILIA	cecilia.ponzano@ao-rummo.it	3355873120
--	--------------------------	--	------------

ART. 2 Misure Organizzative per garantire la regolarità dei flussi informativi – il successivo monitoraggio e la vigilanza sugli obblighi di pubblicità

Al fine di assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi tutti i dati, le informazioni e i documenti da pubblicare sul sito istituzionale vengono trasmessi al soggetto responsabile della pubblicazione in formato elettronico tramite la rete interna o la posta elettronica.

La pubblicazione avviene solitamente entro 5 giorni lavorativi.

Spetta al Responsabile della trasparenza, il compito di verificare l'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la qualità dei dati pubblicati. In caso di inottemperanza, il Responsabile inoltra una segnalazione all'organo di indirizzo politico, al Nucleo di valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), e nei casi più gravi all'ufficio di disciplina (art. 43, cc. 1 e S, d.lgs. n. 33/2013).

ART. 3 Misure per garantire la efficacia dell' istituto dell' accesso civico

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

In caso di ritardo o mancata risposta, il richiedente poteva e può ricorrere al **titolare del potere sostitutivo** (ai sensi dell'art 2 comma 9 bis, l. n. 241/90), individuato nella persona del Direttore Amministrativo il cui nominativo deve essere indicato nella sezione "Amministrazione Trasparente, sotto sezione accesso civico"

Oggi, invece, a seguito della riforma ad opera dell'art 6 del precitato d.lgs. n. 97/16 e, in considerazione dell'obiettivo del c.d. FOIA, ovvero, quello di consentire l'accesso ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni per i quali non vi fosse l'obbligo della pubblicazione, è

consentito “a chiunque senza motivazione di accedere ai dati e documenti detenuti dalle amministrazioni pubbliche, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione”, (art 5 c. 2, d.lgs. n. 33/13).

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

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

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

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

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

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

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

la P.A. è tenuta a rispondere entro e non oltre 30 giorni.

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

ART. 4 Regole procedurali di responsabilizzazione

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

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

ART. 5 Entrata in vigore del PTPCT 2018- 2020

Il piano entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione in Amministrazione Trasparente /altri contenuti – corruzione. Verrà reso inoltre conoscibile a tutti i dipendenti.

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
U. O. C. Provveditorato ed Economato	1	Gare sopra soglia comunitaria	Il rischio si annida nel definire requisiti di accesso ad hoc al fine di favorire un determinato fornitore, nel mancato controllo dei requisiti, uso distorto del criterio dell' OEPV, accordi collusivi tra partecipanti volti a manipolare gli esiti utilizzando il meccanismo del subappalto.	4	4	16	ALTO	Misure M01, M03, M04, M07, M10, M11	Dott.ssa M. N. Mercuri e le P.O.
	2	Gare sotto soglia comunitaria : procedure negoziate	Induzione ad indicare bisogni alterati per favorire determinati operatori economici o a diffondere informazioni riservate , ad alterare atti e valutazioni	5	4	20	CRITICO	Misure M01, M03, M04, M07, M10, M11	Dott.ssa M. N. Mercuri e le P.O.
	3	Adesioni a contratti o convenzioni	Attività che non comporta discrezionalità da parte dell' area P. E.	3	3	9	MEDIO	Misure M01, M03, M04, M10	Dott.ssa M. N. Mercuri e le P.O.
	5		Utilizzo improprio delle procedure per affidamenti che richiedono un iter diverso	5	5	25	CRITICO	Misure M01, M03, M04, M07, M10, M11	Dott.ssa M. N. Mercuri e le P.O.
	6	Adesioni a convenzioni CONSIP	Attività che non comporta discrezionalità da parte dell' area P. E.	2	3	6	MEDIO	Misure M01, M03, M04, M10	Dott.ssa M. N. Mercuri e le P.O.

	7	Acquisti su Piattaforma MEPA di CONSIP	Il rischio si annida nel frazionamento artificioso dei contratti per avvalersi delle acquisizioni in economia con elusione del ricorso a MEPA o CONSIP	2	2	4	BASSO	Misure M01, M03, M04, M10	Dott.ssa M. N. Mercuri e le P.O.
	8	Gestione magazzino economale : movimentazione, immagazzinamento, conservazione e consegna	Il rischio è ravvisabile nella possibilità che si verifichino furti interni di beni economici o materiale farmaceutico	4	3	12	ALTO	Misure M01, M03, M04, M10	Dott.ssa M. N. Mercuri e le P.O.
	9	Gestione cassa economale	Somme riconosciute trimestralmente al funzionario delegato alle spese urgenti e di minore entità, per cui il rischio si ravvisa in acquisti non rispettosi delle procedure di legge da soggetti di fiducia	4	3	12	ALTO	Misure M01, M03, M04, M10	Dott.ssa M. N. Mercuri e le P.O.
	10	Gestione inventario	Mancato controllo qualitativo e quantitativo o di carico e scarico di beni , inesatta predisposizione tabulato giacenze	2	2	4	BASSO	Misure M01, M03, M04, M10	Dott.ssa M. N. Mercuri e le P.O.
	11	Emissioni ordinativi e liquidazione fatture	L'attività consiste nella verifica dei requisiti in sede di liquidazione fatture e il rischio si annida nella alterazione di importi e tempistiche.	2	2	4	BASSO	Misure M01, M02, M03	Dott.ssa M. N. Mercuri e le P.O.

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
------------------------	----	----------	--------------------------	--------------------------	---------	--------------------	----------------------	---------------------------------	---------------------------

U. O. C. “ Risorse Umane”	12	Pensioni	Concerne il procedimento di calcolo di oneri non dovuti per anni non prestati.	2	1	2	BASSO	Misure M02, M03.	Dott.ssa M. Pinto
	13	Concorsi / Mobilità	il rischio si annida nella previsione di requisiti troppo rigidi /ampi per danneggiare favorire un candidato; irregolare scorrimento graduatorie,mancata preventiva predisposizione di criteri di valutazione delle prove.	4	4	16	ALTO	Misure M01, M02, M03, M04, M06, M07, M10, M11	Dott.ssa M. Pinto
	14	Stipendi	Mancato inserimento di dati giuridici ed economici che influiscono sulla retribuzione e mancato rispetto dei tempi di liquidazione	3	2	6	MEDIO	Misure M02, M03, M05, M10	Dott.ssa M. Pinto

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
“ Area Risorse Economiche”	15	Predisposizione dei trimestrali ed inserimenti sul NSIS, predisposizione del bilancio preventivo e consuntivo	Il rischio è riscontrabile nel mancato rispetto dei tempi per l’ inserimento sul NSIS / poste di bilancio per coprire operazioni occulte e deroga ai principi in materia di contabilità.	2	1	2	BASSO	Misure M01, M02, M03	Dott.ssa C. Zito e le P.O.

	16	Gestione delle fasi di accertamento delle entrate	Il rischio è che la fattura venga emessa in assenza di atti autorizzativi alla fornitura di beni e servizi.	4	4	16	ALTO	Misure M01, M02, M03	Dott.ssa C. Zito e le P.O.
	17	Gestione delle fasi di riscossione e versamento	Il rischio consiste nell'alterazione degli importi e nel mancato rispetto dei tempi	4	4	16	ALTO	Misure M01, M02, M03	Dott.ssa C. Zito e le P.O.
	18	Gestione fase della registrazione e liquidazione fatture	Il rischio è che la ricevuta venga registrata in assenza di atti propedeutici ed autorizzativi della spesa relativa alla fornitura di beni e servizi.	3	2	6	MEDIO	Misure M01, M02, M03	Dott.ssa C. Zito e le P.O.

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
	19	Gestione dei pagamenti delle fatture	Il rischio si annida nell'agevolare un fornitore rispetto ad un altro, riconoscendo alle fatture trasmesse da un determinato soggetto tempi di pagamento ridotti rispetto ad altri fornitori.	3	3	9	MEDIO	Misure M01, M02, M03	Dott.ssa C. Zito e le P.O.

	20	Gestione fase verifica budget	Il rischio è riscontrabile nella elusione di regole predefinite al fine di agevolare una determinata U.O. e venga espresso parere contabile per importi superiori rispetto ai preventivati.	2	3	6	MEDIO	Misure M01, M02, M03	Dott.ssa C. Zito e le P.O.
	21	Gestione emissione ruoli codici bianchi	Il rischio si coglie nella eccessiva discrezionalità della pratica al fine di agevolare e/o penalizzare determinati nominativi	2	1	2	BASSO	Misure M01, M02, M03	Dott.ssa C. Zito e le P.O.
STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
Area "Affari generali e Legali" S.S. Legale	22	Attività di segreteria: protocollo, contabilizzazione assenze, tenute archivio	Omesso controllo dei flussi di posta in entrata e in uscita	0	1	0	NULLO	M03	Dott. G. Santanelli
	23	Gestione contenzioso attivo e passivo	Il rischio si rinviene nella scelta del legale cui conferire l'incarico e nel mancato rispetto del criterio della rotazione in presenza di short list di avvocati	3	4	12	ALTO	Misure M01, M02, M03, M04. Aggiornamento short list biennale	Dott. G. Santanelli
	24	Pignoramenti presso terzi	Accordi collusivi tra soggetto pignorato e avvocato	4	4	16	ALTO	Misure M01, M02, M03, M04, M11	Dott. G. Santanelli

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
	25	Istanze e/o diffide stragiudiziali	procedimento di "messa in mora dell'azienda, frutto di eventuali accordi collusivi con l'azienda	2	3	6	MEDIO	Misure M01, M02, M03, M04.	Dott. G. Santanelli
	26	Contenzioso responsabilità professionale	Il rischio si rinviene nella procedura di scelta e nomina dell'avvocato e del medico legale	2	2	4	BASSO	Misure M01, M02, M03, M04.	Dott. G. Santanelli
	27	Gestione del contenzioso in collaborazione con la compagnia assicurativa	Attività Istruttoria svolta in collaborazione con la Compagnia Assicurativa che sceglie il legale e il medico legale .	3	3	9	MEDIO	Misure M01, M02, M03, M04.	Dott. G. Santanelli

	28	Gestione stragiudiziale in presenza di polizza assicurativa	Accordi collusivi per vantaggi personali	3	3	9	MEDIO	Misure M01, M02, M03, M04.	Dott. G. Santanelli
	29	Comitato valutazioni sinistri	Accordi collusivi per vantaggi personali	3	3	9	MEDIO	Misure M01, M02, M03, M04, M07	Dott. G. Santanelli

30	Tutela legale dipendenti	In presenza di assicurazione apertura sinistro e trasmissione alla compagnia entro 30 gg. / in assenza, apertura sinistro in 30 gg.	2	2	4	MEDIO	Misure M01, M02, M03, M04.	Dott. G. Santanelli
----	--------------------------	---	---	---	---	--------------	----------------------------	----------------------------

TRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
Affari Generali	31	Convenzioni con privati e pubbliche amministrazioni	dalla richiesta del professionista per autorizzazione di tirocini o sperimentazioni alla liquidazione e pagamento delle prestazioni. Rischio tra professionisti e strutture esterne e sostituzione di attività di ricerca in attività SSN impropria	3	2	6	MEDIO	Misure M01, M02, M03, M04, M07	Dott. G. Santanelli
	32	Consulenze e rapporti professionali	Libera professione esterna. Gestione amministrativa ricovero in libera professione /consulenza occasionale. Rischio basso dato il Regolamento di libera professione e procedura relativa alle	2	2	4	BASSO	Misure M01, M02, M03,	Dott. G. Santanelli
	33		Procedure informatiche di gestione-pubblicazione-esecutività- archiviazione di atti deliberativi . Omessa adozione	0	1	0	NULLO	Misure M03	Dott. G. Santanelli
	34	Contratti scaturenti da gare d' appalto	Attuazione degli effetti della gara. Ritardo nella stipulazione per eventuali danno del concorrente vincitore	2	2	4	BASSO	Misure M02, M03	Dott. G. Santanelli

U. O. C. “ Farmacia ospedaliera “	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE DA INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
Attività									
“LE GARE”	44	Analisi e definizione dei fabbisogni	Definizione quantitativa e/o qualitativa di fabbisogni non corrispondenti a criteri di efficienza/efficacia /economicità; scarsa motivazione sulle ragioni tecniche che giustificano oggettivamente l’ acquisto di un prodotto al posto di un altro.	3	4	12	ALTO	Misure M01, M02, M03, M04,	Dr.ssa A. Racca e tutti i farmacisti
	45	Gestione della procedura di gara e predisposizione dei del capitolato tecnico criteri di attribuzione punteggi e aggiudicazione,	Formulazione di criteri di valutazione e attribuzione dei punteggi che possono favorire determinati operatori economici, compreso l’ operatore uscente	5	4	20	CRITICO	Misure M01, M02, M03, M04, M07, M05, M09, M11	Dr.ssa A. Racca e tutti i farmacisti
	46	Acquisti Diretti	La non corretta valutazione in merito alla fungibilità / infungibilità del prodotto	5	5	25	CRITICO	Misure M01, M02, M03, M04, M07, M05, M09, M11	Dr.ssa A. Racca e tutti i farmacisti
	47	Emissione ordinativi di acquisto farmaci, dispositivi e reagenti	Emissione di ordinativi non conformi rispetto ai bisogni programmati, senza supporto motivazionale da parte di coloro che li utilizzano (i clinici)	3	4	12	ALTO	Misure M01, M02, M03, M04	Dr.ssa A. Racca e tutti i farmacisti
	48	Esecuzione del contratto	L’ emissione di ordinativi non conformi per quantitativi ai fabbisogni aggiudicati	2	4	8	MEDIO	Misure M01, M02, M03, M04, M09	Dr.ssa A. Racca e tutti i farmacisti

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE da INTRODURRE	RESPONSABILE DELLE MISURE
"Le Commissioni"	49	Nomine : scelta dei componenti delle Commissioni Giudicatrici	Favorire la nomina di componenti, violazione delle norme sul conflitto di interesse o sulla inconfiribilità e incompatibilità	5	4	20	CRITICO	Misure M01, M02, M04,M05, M06, M07, M09, M10, M11	Dr.ssa A. Racca e tutti i farmacisti
	" IL Magazzino"	50	Gestione del magazzino: attività di controllo qualitativo e quantitativo di tutti i beni in entrata	Controllo errato e validazione di beni non conformi	3	4	12	ALTO	Misure M01, M02, M03, M04
51		Distribuzione dei farmaci e dispositivi medici alle U.O. dell' A. O.	Gestione informatizzata del magazzino farmaceutico e di quello delle UU. OO. e assenza di rischio	2	3	6	MEDIO	Misure M01, M02, M03, M04	Dr.ssa A. Racca e tutti i farmacisti
52		Distribuzione diretta dei farmaci in base alla L. n. 405/2001; a categorie di pazienti affetti da determinate malattie o patologie disciplinate dalla legge	Mancata attività di vigilanza e controllo sulle prescrizioni mediche	3	3	9	MEDIO	Misure M01, M02, M03, M04	Dr.ssa A. Racca e tutti i farmacisti
53		Verifica della corretta conservazione e gestione dei farmaci e dei dispositivi medici presso U.O. dell' A. O.	Mancata verifica annuale presso le U.O. con il rischio di una cattiva gestione del quantitativo dei farmaci distribuiti ai medici e di una non corretta valutazione in ordine al loro uso.	2	2	4	BASSO	Misure M01, M02, M03, M04	Dr.ssa A. Racca e tutti i

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE	RESPONSABILE DELLE MISURE
U.O.C. Tecnica e Programmazione - CED	54	CED	Il rischio si annida nella mancata pubblicazione di dati rilevanti al fine di rendere conoscibile per la collettività attività e funzioni svolte dall' Azienda	2	1	2	BASSO	Misure M01, M02, M03	Dott. A. Di Stasio

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE
U. O. C. di "Oncologia"	55	Incarichi dirigenziali (Unità semplici divisionali -UOS - incarichi di professionali di alta specializzazione - IPAS	Proposizione alla Direzione generale del numero e della tipologia di incarichi anche se la decisione finale spetta alla Direzione Generale	3	3	9	Medio	M01, M02, M04

Dr. Bruno Daniele	56	Attività libero professionale	<p>Attività svolta solo in regime extramurario .</p> <p>Il procedimento reca in se rischi legati alla fase di autorizzazione allo svolgimento dell' attività e alla fase di esercizio dell' ALPI, come l' errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione dei volumi di attività autorizzata, lo svolgimento dell' attività in orario di servizio</p>	4	4	16	ALTO	<p>Per la fase di autorizzazione, previsione di una verifica ogni 6 mesi della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell' ALPI e degli spazi utilizzati.</p> <p>Per la fase di esercizio, prenotazione di tutte le prestazioni tramite CUP aziendale, aggiornamento ogni 6 mesi delle liste di attesa istituzionali.</p>
	57	Gare per presidi e farmaci	<p>Rischio nullo dal momento che il Direttore di U. O. C. essendo anche RPCT</p> <p>non partecipa a commissioni di gara.</p> <p>Il procedimento in se reca una serie di rischi di natura corruttiva legati alla definizione quantitativa e qualitativa di fabbisogni non corrispondenti a criteri di efficacia ed economicità, scarsa motivazione sulle ragioni tecniche che giustificano l' acquisto di un prodotto al posto di un altro oltre alla formulazione di criteri di valutazione e attribuzione dei punteggi che possono favorire determinati operatori economici</p>	4	4	16	ALTO	Misure M01,M02,M03,M04, M07,M09,M11
	58	Inserimento di farmaci nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO)	Proposizione esclusivamente dell' inserimento. La decisione finale di inserire il farmaco nel PTO è presa da una commissione ospedaliera .	3	3	9	Medio	M01, M02,M03, M04, M07,M09

	59	Liste d'attesa per ricoveri ordinari, day hospital e visite ambulatoriali	La procedura di prenotazione è informatizzata. Ai pazienti vengono assegnati criteri di priorità predefiniti dal sistema sulla base della gravità della condizione clinica. Il grado di priorità è assegnato dal medico che prenota.	3	3	9	Medio	Rispetto dell'ordine cronologico di prenotazione e prenotazione esclusivamente per via informatica
--	----	---	--	---	---	---	-------	--

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE
	60	Sperimentazioni cliniche	Manipolazioni di dati ad opera di singoli professionisti o di equipe al fine di favorire un esito della sperimentazione favorevole all'industria farmaceutica in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, donazioni..) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni o congressi, consulenze per la formazione e ricerca)	3	3	9	Medio	Adozione di uno specifico Regolamento Verifica in ordine alla insussistenza conflitto di interessi dei membri del Comitato Etico sia al momento della loro nomina che della presentazione e valutazione della sperimentazione clinica..

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE
“Dipartimento di Emergenza e dell’U. O. C. di Ortopedia” Dr. Falzarano*	61	Incarichi dirigenziali (Unità semplici divisionali -UOS - incarichi di professionali di alta specializzazione - IPAS	Proposizione alla Direzione generale del numero e della tipologia di incarichi anche se la decisione finale spetta alla Direzione Generale	3	3	9	Medio	M01, M02, M04
	62	Attività libero professionale	<p>False dichiarazioni ai fini dell’ottenimento dell’ autorizzazione</p> <p>Svolgimento dell’Alpi nell’ orario di servizio</p> <p>Violazione quantitativa del numero di prestazioni autorizzate</p> <p>Dirottamento del paziente dalle liste di attesa istituzionali</p> <p>Induzione opportunistica di un</p>	4	4	16	Alto	<p>Verifiche sugli orari prestabiliti per l’ erogazione delle prestazioni ed</p> <p>analisi comparative volumi di prestazioni erogate ogni 6 mesi</p> <p>Gestione esclusivamente informatica dell’ ALPI</p>
	63	Gare per presidi e farmaci	Indicazione di specifiche caratteristiche che il farmaco o il presidio, dispositivo ospedaliero che deve avere potrebbero consentire l’ individuazione ex ante di un prodotto, in base ad una logica ispirata non al criterio del conseguimento del massimo beneficio per il paziente, bensì motivata dal conseguimento di vantaggi illegittimi per sé o per altri.	3	3	9	Medio	Misure M01,M02,M03,M04, M07,M09,M11

	64	Attività conseguenti al decesso ospedaliero	<p>Gestione poco trasparente dell'assegnazione dei servizi di onoranze funebri a predeterminate imprese da parte degli addetti ai reparti o delle camere mortuarie in cambio di utili</p> <p>Mantenimento per molti anni di un' assegnazione di servizio alle camere mortuarie dell' ospedale</p> <p>Richiesta e/ o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento di alcuni compiti quali ad esempio vestizione salma.</p>	3	3	9	MEDIO	L' Azienda ha provveduto ad <u>esternalizzare</u> la gestione dell'attività mortuaria e a <u>normare</u> anche dal punto di vista medico legale il servizio “ morgue” dalla delibera del Direttore Generale n. 512 dell' 8/11/2017 che ha approvato la relativa procedura.
--	----	---	---	---	---	---	-------	--

*In pensione dal 1 Gennaio 2018, in attesa di sostituzione.

STRUTTURA RESPONSABILE	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE ESISTENTI
“Dipartimento di Scienze chirurgiche e dell' U. O. C. di Oculistica”	65	Incarichi dirigenziali (Unità semplici divisionali -UOS - incarichi di professionali di alta specializzazione - IPAS	Proposizione alla Direzione generale del numero e della tipologia di incarichi anche se la decisione finale spetta alla Direzione Generale	3	3	9	Medio	M01, M02, M04

DR. Zeppa	66	Attività libero professionale	<p>Svolgimento dell'Alpi nell' orario di servizio</p> <p>Dirottamento del paziente dalle liste di attesa istituzionali</p> <p>Violazione quantitativa del numero di prestazioni autorizzate</p> <p>Assenza di analisi comparativa tra volumi di attività di routine e</p>	4	4	16	Alto	<p>Verifiche sugli orari prestabiliti per l' erogazione delle prestazioni ed</p> <p>analisi comparative volumi di prestazioni erogate ogni 6 mesi</p> <p>Gestione esclusivamente informatica dell' ALPI; esclusiva prenotazione di tutte le prestazioni tramite CUP.</p>
	67	Gare per presidi e farmaci	<p>Indicazione di specifiche caratteristiche che il farmaco o il presidio, dispositivo ospedaliero che deve avere potrebbero consentire l' individuazione ex ante di un prodotto, in base ad una logica ispirata non al criterio del conseguimento del massimo beneficio per il paziente, bensì motivata dal conseguimento di vantaggi illegittimi per sé o per altri.</p>	3	3	9	Medio	<p>Misure M01,M02,M03,M04, M07,M09,M11</p>
	68	Attività conseguenti al decesso ospedaliero	<p>Gestione poco trasparente dell' assegnazione dei servizi di onoranze funebri a predeterminate imprese da parte degli addetti ai reparti o delle camere mortuarie in cambio di utili</p> <p>Mantenimento per molti anni di un' assegnazione di servizio alle camere mortuarie dell' ospedale</p> <p>Richiesta e/ o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l' espletamento di alcuni compiti quali ad esempio vestizione salma</p>	3	3	9	MEDIO	<p>L' Azienda ha provveduto ad <u>esternalizzare</u> la gestione dell' attività mortuaria e a <u>normare</u> anche dal punto di vista medico legale il servizio " morgue" dalla delibera del Direttore Generale n. 512 dell' 8/11/2017 che ha approvato la relativa procedura.</p>

	N.	PROCESSO	ESEMPLIFICAZIONE RISCHIO	PROBABILITA' ACCADIMENTO	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	PONDERAZIONE RISCHIO	MISURE PREVENTIVE	Soggetti che svolgono l' attività
Il contratto di sponsorizzazione	1	<p>Contratto oneroso mediante il quale lo sponsor offre ad un terzo (sponsor), che si obbliga ad erogare per un corrispettivo prefissato (denaro o servizi), la possibilità di promuovere in appositi luoghi e spazi nell' ambito dell' azienda ospedaliera, il nome, logo ...</p> <p>Ne deriva che per sponsorizzazione si intende ogni contributo in beni o servizi, denaro o altra utilità proveniente all' Azienda Opsedaliera</p>	<p>Condizionamenti da parte dello sponsor al fine di ottenere indebiti vantaggi</p>	4	5	20	ALTO	M01, M02, M04	

“Gestione Farmaci ed altri beni sanitari”	4	Attività che si esplica sia nella prescrizione farmaci, sia nell’ utilizzo di altri beni sanitari, compresi strumenti chirurgici, software...	Condizionamenti dei comportamenti di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende produttrici di beni sanitari in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi,..)	4	5	20	ALTO	M01, M02, M03,M04	
---	---	---	--	---	---	----	------	-------------------	--