



# PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA 2018 – 2020

Approvato con deliberazione  
n.        del    gennaio 2018

# Indice

Capitolo	pag.
1 Premessa.	4
2 Fonti normative.	5
3 Definizione della corruzione.	6
4 Finalità del Piano triennale.	7
5 Il ruolo della Direzione Strategica aziendale.	8
6 Adempimenti e responsabilità del responsabile della corruzione	8
7 Rapporti con le altre Strutture aziendali	10
8 L'O.I.V. e gli altri Organismi di controllo interno.	11
9 L'Ufficio provvedimenti Disciplinari (UPD).	12
10 Dipendenti, Personale convenzionato e collaboratori a qualsiasi titolo.	13
11 Rapporti con il Ciclo della Performance.	13
12 Strumenti per redigere il Piano Triennale.	14
13 Analisi del contesto.	15
13.1 Il contesto esterno.	15
13.2 Il contesto interno.	17
14 Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio.	20
15 Contratti pubblici – Acquisti in ambito sanitario.	23
16 Incarichi e nomine.	24
17 Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.	25
18 Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni.	26
19 Il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'ALPI - Attività Libero Professionale Intramoenia.	27
20 Rapporti con privati accreditati.	34
21 Monitoraggio delle misure di contrasto alla Corruzione.	35

22	Misure trasversali.	37
22.1	Codice di Comportamento	37
22.2	Rotazione dei dipendenti.	38
22.3	I Regolamenti aziendali.	41
22.4	Misure di prevenzione ulteriori: adozione di nuovi Regolamenti/ Linee Guida/ Procedure.	41
22.5	Conflitto di interessi	42
22.6	Attività ed incarichi extraistituzionali.	43
22.7	Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali.	43
22.8	Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità.	45
22.9	Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantafoulage – Revolving doors).	46
22.10	Assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la Pubblica Amministrazione.	47
22.11	Whistleblower. Strumenti di tutela in favore del dipendente che denuncia illeciti	48
22.12	La formazione in materia di anticorruzione e trasparenza.	49
22.13	Patto di integrità.	50
22.14	Rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti.	51
23	Cronoprogramma	51
24	Sezione Trasparenza.	53
24.1	Premessa.	53
24.2	I contenuti della sezione.	55
24.3	L'accesso civico generalizzato.	56
24.4	Le tipologie di dati.	58
24.5	Competenza nel procedimento di elaborazione e adozione della Sezione.	59
24.6	Iniziative di comunicazione della Trasparenza.	61
24.7	Ascolto degli Stakeholder.	61
24.8	Pratiche di confronto.	62
24.9	Monitoraggio.	63
24.10	Processo di attuazione della Trasparenza.	63
24.11	Dati ulteriori.	63
24.12	Disposizioni finali.	64

# 1. Premessa.

Il Piano di Prevenzione della corruzione dell'ASP di Catania, per il triennio 2018/2020, è stato elaborato sulla base di uno scenario in trasformazione dell'assetto organizzativo aziendale quale conseguenza diretta dell'adeguamento alla Rete Ospedaliera Regionale nonché alle previsioni del Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 e della Legge n. 190/2012

Come meglio illustrato nel prosieguo, infatti, a seguito dell'entrata in vigore del D.A. 1181/2015 del 01/07/2015 "*Recepimento decreto del Ministero della Salute del 2/1/2015 n. 70 – Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*", è stato avviato un percorso di rivisitazione generale del D.A. 46/2015 per allinearli ai contenuti del D.M. 70/2015 con conseguente necessità di operare modifiche aziendali importanti sia da un punto di vista amministrativo sia, soprattutto, dal punto di vista prettamente sanitario.

In particolare, nel corso dell'anno 2016 e 2017, l'Azienda ha dovuto adeguarsi ai continui mutamenti imposti dalla normativa regionale rimodulando sia il proprio atto aziendale sia la propria dotazione organica.

Il Decreto dell'Assessore Regionale della Salute. n. 1360 del 03/08/2015 e le Linee guida ivi contenute nonché, da ultimo, il D.A. n. 1188 del 29/06/2016 "*Modifica del D.A. n. 46 del 14 gennaio 2015 a seguito dell'approvazione degli atti aziendali*" hanno imposto la redazione del nuovo Atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania la cui stesura definitiva è stata effettuata con deliberazione n. 1540 dell'8 maggio 2017, a seguito del quale è stato definito il nuovo assetto delle Unità Operative Complesse aziendali.

Le novità sopra descritte hanno inevitabilmente toccato l'ambito organizzativo e la dotazione organica aziendale che con deliberazione n. 1850 del 08/06/2017 è stata adeguata al documento di riordino della Rete Ospedaliera di cui al D.A. n. 629 del 31 marzo 2017.

Con nota prot. n. 97111 del 29/12/2017, da ultimo, del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica, l'Assessorato della Salute ha sospeso il progetto di riordino della rete ospedaliera, approvato con il D.A. n. 629 del 31 marzo 2017, che dovrà pertanto trovare attuazione nei tempi e con le modalità di cui al cronoprogramma del P.O.C.S. per il triennio 2016/2018 con tre differenti step il cui termine ultimo è stato fissato per il 31 dicembre 2018, nel rispetto dei parametri e degli standard fissati dal D.M. n. 70/2015.

Conseguentemente, la prima fase del processo di gestione del rischio di corruzione, che consiste nell'analisi del contesto interno, ossia nella mappatura di tutte le attività svolte, pur essendo facilitata dalla analitica ricognizione già attuata nell'ambito del Piano precedente, è di fatto rimasta immutata in considerazione del fatto che molte dei mutamenti organizzativi e aziendali dovranno essere affrontati nel corso dell'anno 2018 con la necessità di operare, una volta concretamente attuati, una rielaborazione del presente documento.

D'altro canto, il presente Piano ratifica e conferma alcune delle principali scelte di carattere generale, che erano già state affrontate nell'ambito del Piano precedente e che, alla luce dei risultati sostanzialmente positivi prodotti, in continuità con il lavoro di analisi del rischio di corruzione compiuto lo scorso anno, si è ritenuto di confermare la metodologia di analisi del rischio già utilizzata nell'ambito del PTPC 2017/2019.

Particolare attenzione è stata posta anche sull'interazione tra sistemi di controllo di gestione, misurazione della performance e Piano triennale, laddove ciascuna di queste attività si interseca con le altre, in quanto l'adozione di un Piano il più possibile esaustivo in tutte le sue parti è d'aiuto anche per l'attività di miglioramento gestionale e di valutazione della performance.

In tema di misure per la prevenzione della corruzione di carattere generale, che, proprio per

la loro idoneità all'applicazione in tutti i processi dell'Autorità, si pongono in una situazione di sostanziale continuità rispetto alla programmazione precedente, l'attuale Piano parte da un'attenta ricognizione dello stato di attuazione raggiunto nell'anno 2017, stabilendo, per ciascuna, la nuova programmazione per l'anno 2018, con i futuri step di avanzamento e le relative fasi e tempi di esecuzione.

Infatti, il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure individuate dal Piano di prevenzione risulta il vero obiettivo degli strumenti anti-corruzione, in quanto evidenzia che cosa l'amministrazione sia stata concretamente in grado di attuare, nell'anno di riferimento, in termini di prevenzione dei comportamenti corruttivi e costituisce l'indispensabile punto di partenza per l'elaborazione del nuovo Piano di prevenzione per il triennio 2018/2020.

## 2. Fonti normative.

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione si inserisce nel seguente contesto normativo:

- Legge 6 novembre 2012, n° 190 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"* e s.m.i.;
- Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'ANAC in data 11 settembre 2013 con delibera n.72;
- Decreto legislativo n.235/2013;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n° 39 *"Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico"* e s.m.i.;
- 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"* e s.m.i.;
- Linee di indirizzo del 13 marzo 2013 del *"Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"* per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione
- Presidenza del Consiglio dei Ministri -Dipartimento della Funzione Pubblica Circolare n.l del 25/1/2013, n.2 del 19/07/2013 e n.6 del 04/12/2014;
- D.P.C.M. 16/1/2013 contenente le linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano nazionale anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012 n°190;
- Legge 17 dicembre 2012, n° 221, conversione in legge, con modificazioni, del decreto- legge 18 ottobre 2012 n° 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese;
- Legge 28 giugno 2012, n° 110 Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione - Strasburgo 27 gennaio 1999;
- D.P.R. 16 aprile 2013, n.62 *"Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165, come sostituito dall'articolo 44, della legge 6 novembre 2012 n. 190"*;
- D.L. del 18 ottobre 2012, n° 179 *"Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese". Art. 34-bis. "Autorità nazionale anticorruzione"*;
- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n° 150 *"Attuazione della legge 4 marzo 2009 n° 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"*;
- D.Lgs. del 8 giugno 2001, n° 231 *"Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica"*;
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n° 165 *"Norme generali sull'ordinamento del"*

*lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche* e s.m.i.;

- Legge 7 agosto 1990 n. 241 *"Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"* e s.m.i.;
- Decreto Legislativo n.196/2003 Codice in materia di Protezione dei dati Personali;
- D.L. n.66/2014 convertito con modifiche in Legge n.89/2014;
- D.L. n.90/2014 convertito con modifiche in legge n.114/2014;
- D.L. n.133/2014 convertito in legge n.164/2014 (sblocca Italia);
- D.P.C.M. 22.9.2014 pubblicato in GURI n.265 del 14.11.2014;
- Determinazione n. 6 del 28/04/2015 Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti;
- Legge 27.5.2015 n.69 *"Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio"*;
- Legge 7.8.2015 n.124 *"Deleghe al governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*;
- Determina ANAC n.12 del 28.11.2015 *"Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione"*;
- Legge 28.12.2015 n.208 (Legge di stabilità 2016);
- D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50;
- Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
- Determinazione n. 833 del 3 agosto 2016 *"Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili"*;
- Decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97 recante *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*;
- Determinazione n.1309 del 28/12/2016 *"Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art.5, comma 2, D.lgs n.33/2013 e dell'art.5-bis, comma 6, D.lgs n. 33 del 14/03/2013"*;
- Determinazione n.1310 del 28/12/2016 *"Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013"* come modificato dal d.lgs. 97/2016;
- Linee Guida sull'adozione dei Codici di Comportamento negli Enti del SSN - Documento in consultazione al 20 settembre 2016;
- Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 *"Approvazione definitiva dell'aggiornamento 2017 al Piano Nazionale anticorruzione"*

### 3. Definizione della corruzione.

Il concetto di corruzione deve essere considerato in senso ampio, ossia comprensivo di tutte le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si possa riscontrare l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica con la Circolare n. 1/2015 ha, infatti, specificato che le ipotesi di corruzione non si rinvergono solo nella violazione degli artt. 318, 319 e 319 ter C.P., ma comprendono anche l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione, nonché tutte quelle situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale o meno, si determini un malfunzionamento dell'amministrazione in conseguenza dell'uso distorto e a fini

privati delle funzioni attribuite ad un dipendente pubblico, sia che tale azione si consumi, sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Conseguentemente, la nozione di corruzione coincide anche con il concetto "*maladministration*", che ingloba in sé tutte quelle situazioni corruttive determinate da decisioni o comportamenti che deviano dall'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari" (Determinazione ANAC n.12/2015).

## 4. Finalità del Piano Triennale.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione è un documento di natura programmatica, che oltre agli obiettivi, ai tempi di conseguimento degli stessi, ai responsabili delle azioni, nonché agli indicatori e alle relative risorse per il conseguimento degli obiettivi prefissati, ingloba anche le misure di prevenzione obbligatorie per legge e quelle ulteriori, in funzione del risultato derivante dall'analisi e dalla valutazione del rischio delle aree maggiormente esposte alla commissione delle fattispecie di illecito oggetto della Legge n. 190/2012.

La legge n. 190/2012 stabilisce all'art. 1, comma 5, che le Amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al Dipartimento della Funzione Pubblica:

1. un Piano di prevenzione della Corruzione che fornisca una valutazione del diverso livello di esposizione degli Uffici al rischio di corruzione ed indichi gli interventi organizzativi volti a prevenire tale rischio;
2. procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione.

Le procedure devono prevedere che, negli stessi settori, sia applicata la rotazione di dirigenti e funzionari.

L'art.1, comma 9, della Legge n. 190/2012 descrive le finalità del Piano di Prevenzione della Corruzione.

In particolare, Piano deve:

1. individuare le attività, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, e in particolare: 1) autorizzazione e concessione; 2) affidamento di lavori, forniture e servizi (codice dei contratti pubblici D.lgs 12 aprile 2006, n. 163); 3) concessione ed erogazione di sovvenzioni, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone e ad enti pubblici e privati; 4) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera (art. 24, D.lgs n. 150/2009);
2. prevedere per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
3. prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate obblighi di informazione nei confronti del responsabile, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
4. monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti
5. monitorare i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti con cui stipula contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.

Il Piano della Prevenzione della Corruzione:

- a. deve essere collegato e ancorato con gli altri strumenti di programmazione (come ad esempio, Piano della Performance D.lgs n. 150/2009);
- b. deve contenere obiettivi, indicatori, misure, tempistica e risorse;
- c. deve descrivere la metodologia e il "processo" che ha portato alla formulazione della strategia di prevenzione del fenomeno;

- d. deve individuare le "aree sensibili o di rischio" non necessariamente limitate a quelle previste dalla norma.

Infine, Il Piano della Prevenzione della Corruzione deve effettuare una "misurazione" e "valutazione" della rischiosità per gli episodi di corruzione e indicare l'adozione di misure obbligatorie e ulteriori volte a ridurre il rischio (SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO)

## 5. Il ruolo della Direzione Strategica aziendale.

Come visto sopra, le misure di prevenzione dal rischio della corruzione hanno un contenuto organizzativo, dal momento che coinvolgono l'Amministrazione nel suo complesso, come entità complessiva e vitale, e si collegano, direttamente e indirettamente, a tutti i settori, processi e procedimenti che regolano l'attività aziendale.

Il Direttore Generale, pertanto, quale organo amministrativo di vertice dell'A.S.P. di Catania, dispone di rilevanti competenze nel processo di individuazione delle misure di prevenzione della corruzione:

- a. nomina il Responsabile della prevenzione della corruzione (art. 1, c. 7, L. n.190/2012) e dispone, con lo stesso atto, che tutti i Dirigenti Responsabili di UU.OO.CC. assicurino allo stesso la necessaria collaborazione;
- b. definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- c. adotta il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e i suoi eventuali aggiornamenti;
- d. adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- e. favorisce l'introduzione di opportune modifiche organizzative per assicurare al Responsabile funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
- f. riceve la relazione annuale del Responsabile, chiamando quest'ultimo a riferire sull'attività e riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate;
- g. è responsabile, unitamente al Responsabile nominato, della mancata adozione del PTPCT e/o dell'assenza di elementi minimi dello stesso (A.N.AC. sull'art. 19, c. 5, lett. b) del d.l. 90/2014).

## 6. Adempimenti e responsabilità del Responsabile della corruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'ASP di Catania, individuato, ai sensi dell' art 1 comma 7 della Legge 190/2012 e della Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 2013, è il dott. Francesco Iudica, Dirigente Amministrativo a tempo indeterminato, in atto Responsabile della UOC Politiche del Personale.

Il Responsabile della Corruzione predispose la bozza del Piano Triennale e la trasmette al Direttore Generale, al fine della conseguente adozione, da effettuarsi entro il 31 gennaio di



ogni anno, con successiva pubblicazione sul sito internet dell'Azienda ([www.aspct.it](http://www.aspct.it) – sezione "Amministrazione Trasparente") tempestivamente e comunque non oltre un mese dall'adozione.

Il Responsabile P.C.T., ai sensi della Legge n. 190/2012, ha il compito, tra l'altro, di:

- definire le procedure appropriate per la selezione e formazione dei dipendenti aziendali destinati ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione (art. 1, comma 8), e da inserire nei programmi di formazione (art. 1, comma 10, lett. c);
- verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, proponendone le opportune modifiche in caso di accertamento di violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a);
- verificare, d'intesa con i dirigenti delle articolazioni aziendali competenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art.1, c. 10, lett. b);
- assicurare i compiti previsti dal Decreto Legislativo n.39/2013 in ordine alla vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità;
- assicurare il rispetto delle disposizioni previste dal Decreto Legislativo n.62/2013 e dal Codice di Comportamento Aziendale.
- segnalare al Direttore Generale e all'OIV "le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza".

Nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, egli riscontri dei fatti che possono presentare una rilevanza disciplinare, deve darne tempestiva informazione al dirigente preposto all'ufficio a cui il dipendente è addetto o al dirigente sovraordinato, se trattasi di dirigente, e all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare.

Ove riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa, deve presentare tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale (art. 20 D.P.R. n.3 del 1957; art. 1, comma 3, L. n.20 del 1994).

In relazione alle funzioni svolte in materia, qualora il Responsabile riscontri dei fatti che rappresentano notizia di reato, deve presentare denuncia alla procura della Repubblica o ad un ufficiale di polizia giudiziaria con le modalità previste dalla legge (art. 331 c.p.p.) e deve darne tempestiva informazione all'A.N.AC..

In capo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza la Legge n. 190/2012 prevede specifiche responsabilità. In particolare, in caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RCPT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi le seguenti circostanze:

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

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione in quanto responsabile anche della Trasparenza, svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando alla Direzione strategica aziendale, all'O.I.V., all'A.N.A.C. e, nei casi più gravi, all'U.P.D. i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

## 7. Rapporti con le altre Strutture aziendali

In considerazione dell'elevato numero di strutture presenti nell'organizzazione dell'A.S.P. di Catania, onde poter assicurare una puntuale ed esatta osservazione della Legge n.190/2012, i Direttori delle UU.OO.CC. sono stati individuati Responsabili, nell'ambito della U.O. di competenza, dell'attuazione del presente Piano 2018/2020;

In particolare, essi concorrono a:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, assicurando, al contempo, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile, chiamato a vigilare sull'osservanza e funzionamento del Piano;
- collaborare con il Responsabile P.C.T. e il Direttore Generale per definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo entro tempi chiaramente definiti;
- individuare e programmare le misure da adottare in termini di precisi obiettivi da raggiungere, da parte di ciascuno degli uffici coinvolti, anche ai fini della responsabilità dirigenziale;
- partecipare a tutte le fasi di predisposizione e di attuazione del Piano promuovendo così la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti;
- prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- 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;
- acquisire le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del personale sottoposto;
- individuare eventuali specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

I Direttori delle Strutture Complesse dall'ASP di Catania, concorrono, altresì, con il Responsabile P.C.T.:

- alla verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, proponendone la modifica nel caso si accertino significative violazioni delle prescrizioni ovvero nel caso in cui intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- alla verifica dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a più elevato rischio di corruzione;
- ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione che opera nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

In caso di ripetute violazioni del Piano, qualora il Responsabile P.C.T. dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano, i Direttori delle UU.OO.CC. rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. Tutti i dirigenti dell'A.S.P. di Catania:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono eventuali misure di prevenzione della corruzione;
- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la

- sospensione e rotazione del personale, ciascuno per la propria competenza;
- osservano le misure contenute nel presente Piano

Il Responsabile P.C.T. promuoverà, d'intesa con i Responsabili delle UU.OO.CC., ulteriori soluzioni organizzative e procedurali al fine di consentire una maggiore partecipazione a tutte le fasi di predisposizione e di attuazione del Piano.

## 8. L' O.I.V. e gli altri Organismi di controllo interno.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) svolge un ruolo di rilievo nelle politiche di prevenzione della corruzione dell'Azienda in quanto deputato alla verifica della coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

L'O.I.V. infatti:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- verifica che il Piano Triennale sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.
- riceve la relazione annuale del RPCT, recante i risultati dell'attività svolta da pubblicare nel sito web dell'amministrazione (art. 41, co. 1, lett. I), d.lgs. 97/2016).
- coadiuva il Responsabile P.C.T. nell'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento;
- attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009.
- esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda.
- ha la facoltà di richiedere al Responsabile della Corruzione informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza (art. 41, co. 1 lett. h), d.lgs. 97/2016);
- riceve dal Responsabile della Corruzione le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione del Piano (art. 1, co. 7, I. 190/2012);
- garantisce all'ANAC , su esplicita richiesta di quest'ultima, tutte le informazioni in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8-bis, I. 190/2012),

Inoltre, l'OIV, ai sensi dell'art. 44 del D.Lgs. 33/2013, verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce pertanto obiettivo strategico dell'Ente (art. 10 D.Lgs.n.33/13), che garantisce la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della Performance.

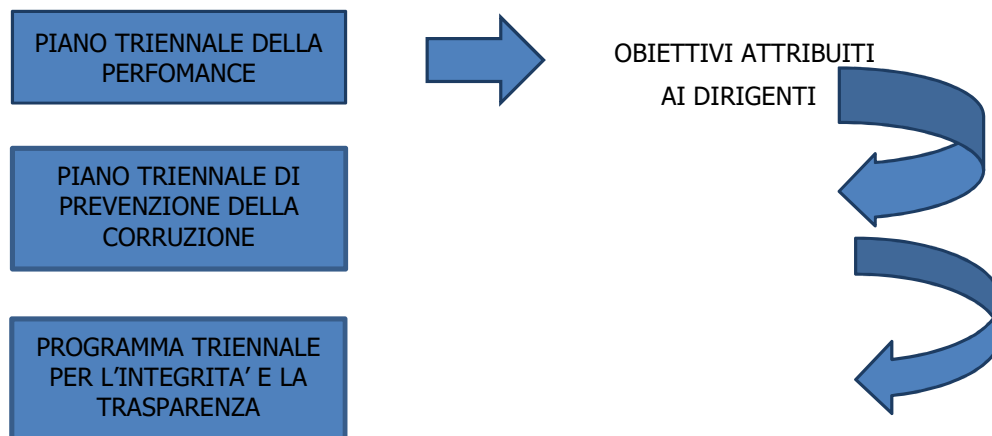
## 9. Il ciclo integrato della Performance

Il P.N.A. richiede che venga assicurato un coordinamento tra gli obiettivi indicati nel Piano Triennale della Corruzione (Legge n. 190/2012) e il Piano Triennale della Performance, così come disciplinato dal D.lgs n. 150/2009.

Tuttavia, come evidenziato dalla Delibera ex CIVIT n. 6/2013 e dalla Delibera ANAC n. 50/2013, tale coordinamento determina elevati livelli di criticità.

In particolare, nella delibera n. 6/2013 si specifica che "una delle principali criticità riguarda la bassa integrazione tra i diversi documenti prodotti, che suggerisce di focalizzare l'attenzione su un'implementazione coordinata e finalizzata all'efficacia degli strumenti e dei processi posti in essere".

Conseguentemente, così come esplicitamente confermato dall'ANAC nella delibera n. 50/2013 sopra citata, l'Azienda nel triennio 2018/2020 assicurerà un esplicito collegamento tra gli obiettivi indicati nel Piano della Performance e quelli indicati nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.



La Legge n. 190/2012 e il D.lgs n. 150/2009 mettono in evidenza la necessità del raccordo tra gli strumenti di miglioramento della performance.

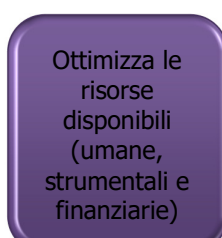
All'interno del Piano Triennale della Performance devono, infatti trovare spazio gli obiettivi attribuiti ai dirigenti aziendali, redatti secondo quanto riportato nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per l'integrità e la Trasparenza.

Pertanto, non è solo opportuno, ma anche necessario, inserire nel Piano della Performance gli obiettivi individuati in capo al singolo Responsabile dell'interno del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza con conseguente necessità che il singolo dirigente possa essere valutato in base ai risultati complessivamente prodotti.

### TRASVERSALITA'



### RAZIONALIZZAZIONE



### EFFICACIA



I vantaggi di un approccio integrato della Performance sono molteplici:

- Il coordinamento degli obiettivi riportati all'interno del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale della Trasparenza e sintetizzate nel Piano della Performance, consente di assicurare una maggiore coerenza dell'intero sistema di programmazione e monitoraggio della performance aziendale, escludendo duplicazioni di azioni e di obiettivi non direttamente attribuiti a singoli Responsabili e trascurati dal sistema di valutazione della Performance;
- L'Azienda, pertanto, sarà in grado di perseguire una maggiore "razionalizzazione" delle risorse disponibili (umane, strumentali e finanziarie), migliorando l'impiego delle stesse all'interno dei processi amministrativi e dando luogo ad un più elevato livello di performance.

Uno dei punti di forza del presente P.T.P.C.T 2018-2020 sarà, pertanto, rappresentato dalla previsione del principio dell'integrazione con gli altri processi di programmazione e gestione, così come sopra schematizzato.

## 10. L' Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD).

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari dell'A.S.P. di Catania è stato rimodulato da ultimo con delibera n.4006 del 27/11/2017 ed espleta la sua attività per il personale dipendente delle aree della dirigenza medica e veterinaria, della dirigenza SPTA, del comparto e per gli specialisti ambulatoriali interni veterinari - ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi - chimici - psicologi). Esso:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- propone l'aggiornamento dei Codici Disciplinari aziendali;
- propone, in collaborazione con il RPCT, la redazione dell' aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale.

Inoltre, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fornisce al R.P.C.T.

- un report quadrimestrale sui procedimenti disciplinari attivati e/o conclusi con l'indicazione delle norme comportamentali violate;
- ulteriori informazioni dallo stesso richieste per lo svolgimento della propria funzione.

## 11. Dipendenti, Personale convenzionato e collaboratori a qualsiasi titolo.

Il coinvolgimento dei dipendenti è assicurato con la partecipazione al processo di gestione del rischio e con l'obbligo di osservare le misure contenute nel Piano P.C.T. (art.1, c.14L. 190/2012).

Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio è decisivo per la qualità del PTPCT e delle relative misure, così come un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della lotta alla

corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di Comportamento dell'amministrazione. Tutti i dipendenti dell'Azienda, pertanto:

- partecipano attivamente al processo di autoanalisi organizzativa, di mappatura dei processi e di definizione delle misure di prevenzione;
- osservano le misure contenute nel presente P.T.P.C.T. e nel Codice di Comportamento;
- segnalano le situazioni di illecito al proprio Dirigente o all'U.P.D., e al Responsabile P.C.T, secondo le procedure di tutela previste dal "whistleblowing";
- segnalano casi di personale conflitto di interessi al proprio Dirigente.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e trasfuse nel presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti, dirigenti e personale del comparto.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano (art. 1, comma 14, L. n. 190/2012) ed il mancato rispetto del Codice di Comportamento costituiscono illecito disciplinare.

Il personale convenzionato e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda, quali, ad esempio, gli specialisti ambulatoriali interni, i fornitori e gli erogatori di servizi, osservano le misure contenute nel Piano e nel Codice di Comportamento e segnalano le situazioni di illecito.

## 12. Gli Strumenti di redazione del Piano triennale 2018/2020

Per la redazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2018/2020 dell'ASP di Catania e al fine di accertare e misurare i fenomeni di corruzione, reale o solo potenziale, è stata utilizzata la metodologia del "risk management". Il Risk Management è "il processo mediante il quale si identificano e valutano i rischi ai quali è esposta un'organizzazione con l'obiettivo di sviluppare strategie efficaci di contenimento del rischio o dei suoi effetti".

Il processo di "risk management" è caratterizzato dalle seguenti fasi:



La prima fase, denominata "Analisi del contesto", prevede l'identificazione degli ambiti di indagine, e precisamente:

- a. l'esposizione di settore o uffici al rischio di corruzione ( art.1, comma 5, lett. a)
- b. l'individuazione delle attività a maggior rischio di corruzione (art. 1, c.9, lett.1)

Si procede, poi, alla "identificazione degli eventi di rischio", che prevede la definizione dei driver di valutazione e la valutazione degli eventi di rischio.

L'identificazione della "risposta di rischio" riguarda l'analisi degli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio di corruzione (art., comma 5, lett.a), i diversi strumenti previsti nella norma e la mappatura e attività di controllo/prevenzione in essere valutazione del presidio.

L'attività di controllo riguarda:

- la verifica dell'attuazione efficace del Piano (art.1, comma 10, lett. a);
- l'effettiva rotazione degli incarichi (art. 1, comma 10, lett.b)
- lo stato di applicazione del codice (art. 1, comma 44)

E' necessario attivare processi e strumenti per assicurare che le risposte al rischio siano efficacemente espresse dall'Azienda.

La fase del monitoraggio, aggiornamento e comunicazione si riferisce al processo di identificazione e comunicazione delle informazioni rilevanti per assicurare l'assunzione delle responsabilità da parte dei vari soggetti.

L'attuazione del processo di gestione del rischio nel PTPCT 2018/2020 vedrà coinvolti, assieme al RPCT, anche i dirigenti responsabili delle UU.OO. delle aree a rischio e tutti i soggetti chiamati, a vario titolo, a partecipare e a collaborare attivamente alla predisposizione del P.T.P.C.T, dando vita ad un'intensa attività di confronto, scambio e approfondimento che, nei settori più attenti e interessati porterà alla nascita di una progressiva e seria autovalutazione organizzativa.

## 13. Analisi del contesto.

L'analisi dei contesti esterno ed interno dell'Azienda vuole fornire elementi utili a meglio comprendere le dinamiche sanitarie, prestazionali e funzionali dell'Ente.

Le attività svolte dall'A.S.P. di Catania si caratterizzano, infatti, per le relazioni col contesto in cui operano e risultano da alcune variabili quali la tipologia di amministrazione, la collocazione geopolitica della stessa e la dimensione organizzativa.

### 13.1 Il contesto esterno.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania ha come territorio di competenza quello della Provincia di Catania, comprendente 58 comuni con una popolazione di 1.116.917 abitanti (fonte Istat al 1 gennaio 2015), distribuiti in circa 3.600 Kmq di superficie.

L'Azienda è articolata territorialmente, ai sensi della legge regionale 30/1993, e successive modificazioni ed integrazioni, della Legge Regionale 5/2009 e del Piano Sanitario Regionale vigente, in Distretti Sanitari corrispondenti con gli ambiti territoriali dei distretti socio-sanitari della Provincia di Catania e di seguito individuati:

1. *Distretto Sanitario di Acireale*, comprendente i Comuni di Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci S. Antonio, Acireale, Santa Venerina, Zafferana Etnea e la

- cui popolazione complessiva è di 140.732 unità;
2. *Distretto Sanitario di Adrano* comprendente i Comuni di Adrano, Biancavilla, Santa Maria di Licodia e la cui popolazione complessiva è di 67.920 unità;
  3. *Distretto Sanitario di Bronte* comprendente i Comuni di Bronte, Maletto, Maniace, Randazzo e la cui popolazione complessiva è di 37.839 unità;
  4. *Distretto Sanitario di Caltagirone* comprendente i Comuni di Caltagirone, Grammichele, Licodia Eubea, Mazzarrone, Mineo, Mirabella Imbaccari, San Cono, San Michele di Ganzaria, Vizzini e la cui popolazione complessiva è di 81.953 unità;
  5. *Distretto Sanitario di Catania* comprendente i Comuni di Catania, Misterbianco, Motta S. Anastasia e la cui popolazione complessiva è di 376.891 unità;
  6. *Distretto Sanitario di Giarre* comprendente i Comuni di: Calatabiano, Castiglione di Sicilia, Fiumefreddo, Giarre, Linguaglossa, Mascali, Milo, Piedimonte Etneo, Riposto, Sant'Alfio e la cui popolazione complessiva è di 87.004 unità;
  7. *Distretto Sanitario di Gravina* comprendente i Comuni di Camporotondo Etneo, Gravina, Mascalucia, Nicolosi, Pedara, Sant'Agata Li Battiati, San Giovanni La Punta, San Gregorio, San Pietro Clarenza, Trecastagni, Tremestieri Etneo, Vaiverde, Viagrande e la cui popolazione complessiva è di 183.935 unità;
  8. *Distretto Sanitario di Palagonia* comprendente i Comuni di Castel di Judica, Militello in Val di Catania, Palagonia, Raddusa, Ramacca, Scordia e la cui popolazione complessiva è di 60.122 unità;
  9. *Distretto Sanitario di Paterno* comprendente i Comuni di Beipasso, Paterno Ragalna e la cui popolazione complessiva è di 80.521 unità.

Il territorio dell'ASP come sopra individuato potrà modificarsi in applicazione del comma IV dell'art. 12 della L.R. 5/2009 che prevede, nella determinazione degli ambiti territoriali dei distretti, la deroga ai confini provinciali al fine di assicurare una migliore omogeneità dell'offerta sanitaria nel territorio.

Tale territorio, ha al suo interno una configurazione socio-economica e culturale con rilevanti disomogeneità, che in taluni ambiti rendono difficile fare emergere una definita domanda di salute e di benessere psico-fisico; ciò implica la necessità di realizzare interventi che incidano sugli stili di vita della popolazione dell'ASP di Catania, attraverso la creazione di reti che favoriscano l'acquisizione di competenze inerenti la difesa e la cure del benessere individuale e collettivo.

Nell'ambito del medesimo territorio provinciale, insistono le seguenti strutture ospedaliere:

2. DEA I Acireale – Giarre, P.O. "S.Marta e S.Venera" di Acireale e P.O. "S.Giovanni di Dio e S.Isidoro" di Giarre;
3. DEA I – P.O. "Gravina" di Caltagirone;
4. Presidio Ospedaliero di Base – P.O. "Maria SS.Addolorata" di Biancavilla;
5. Presidio Ospedaliero di Base – P.O. "S.S.Salvatore" di Paternò;
6. Presidio Ospedaliero di Zona disagiata: P.O. "Castiglione Prestianni" di Bronte;
7. Presidio Ospedaliero di Zona disagiata: P.O. "Basso Ragusa Mario" di Militello V.C.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania svolge la funzione di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, garantendo i LEA, e consolidando l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, al fine di mantenere il più alto livello possibile di qualità della vita dei cittadini, fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del SSN, pubbliche o private.

L'Azienda organizza i propri servizi, definendone il livello quali – quantitativo, sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari dei territori e della popolazione, in relazione ad una puntuale indagine epidemiologica, fondata sui dati raccolti e disponibili. In tal modo viene data particolare attenzione alle determinanti socio – economiche della salute, sviluppando costantemente azioni efficaci di riduzione delle differenze.

Le dinamiche socio-demografiche sono determinanti nel creare la domanda di salute e di



fatto, insieme ad altri fattori contestuali, e orientano le scelte e le politiche sanitarie.

Per tale motivo è opportuno analizzare il sistema Sanità in tutte le sue componenti e, in particolare, così come previsto dall'AGENAS, quattro gruppi principali di attori:

- operatori della salute;
- fornitori del mondo della sanità;
- decisori a livello politico e a livello tecnico-amministrativo;
- destinatari dei servizi.

Si tratta, infatti, di soggetti rilevanti per definire le relazioni dell'Azienda con il suo contesto esterno in quanto tutti collegati sulla base di specifiche "relazioni funzionali", mediate dalle norme pubbliche, e dai diversi specifici interessi dei quali sono portatori. Sono i cosiddetti "stakeholder", i portatori di interesse, i cui rapporti con l'amministrazione è importante siano espliciti, trasparenti e finalizzati in funzione di obiettivi comuni e dichiarati.

Rispetto alle Case di cura, l'ASP esercita funzioni istituzionali di controllo attraverso alcune proprie Unità Operative aziendali, relativamente alla tenuta delle cartelle cliniche, alle condizioni igienico-sanitarie, alla tenuta delle sale operatorie e dei farmaci, alla sicurezza di particolari tecnologie sanitarie, all'idoneità e compatibilità del personale. Ancora funzioni di controllo sono quelle esercitate su altri soggetti privati accreditati col SSN e presenti sul territorio provinciale: Centri convenzionati (Laboratori di Analisi Cliniche, Diagnostica Radiologica, Ambulatori di Fisiokinesiterapia, Poliambulatori Specialistici), Centri Dialisi, RSA, CTA, Strutture riabilitative.

È questo un ambito particolarmente importante ai fini del monitoraggio del rischio corruttivo, per gli evidenti interessi economici che vi entrano in gioco e per le eventuali implicazioni che un impiego non a norma di strutture, personale e apparecchiature può avere sulla salute dei cittadini.

Per questo motivo, i rapporti contrattuali con i privati accreditati, già individuati dalla Determinazione ANAC n.12/2015 quale area di rischio specifico per il settore Sanità, sono oggetto di particolare attenzione da parte del PNA 2016 e, conseguentemente nelle misure del presente Piano 2018/2020.

I rapporti con i fornitori sono generalmente regolati in base a bandi di gara, meno su procedure di affidamento diretto. Per quanto sia in atto una politica regionale tesa a centralizzare le gare per gli approvvigionamenti, resta ancora nevralgico il ruolo svolto dalle unità operative aziendali Provveditorato e Tecnico in un ambito particolarmente analizzati dall'ANAC oltre che per la configurazione di specifici reati, anche perché *"i beni acquistati sono estremamente numerosi, presentano una grande complessità tecnica e sono diversificati per aspetti qualitativi che possono anche incidere oltre che sulla sostenibilità del sistema anche sull'esito del percorso di cura del paziente"* (Age.na.s.).

Importanti nel definire il contesto esterno dell'ASP di Catania sono infine tanto le politiche nazionali, regionali e locali a cui sono collegate anche le dinamiche sindacali, quanto i fruitori dei servizi.

## 13.2 Il contesto interno.

L'azienda Sanitaria Provinciale di Catania, in attuazione dell'art. 8 della legge regionale n.5 del 14 aprile 2009, nasce dalla trasformazione della preesistente Azienda Sanitaria Locale n.3 di Catania e dell'ex A.O. "Gravina e S.Pietro" di Caltagirone. Estende la sua competenza su tutto il territorio della provincia di Catania comprendendo i 58 Comuni ivi ricadenti.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, di seguito indicata A.S.P., è un Ente con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. Essa svolge le funzioni legislativamente assegnate di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività.

L'A.S.P. ha sede legale in Catania, Via S.Maria La Grande n. 5, Codice fiscale e Partita IVA n° 04721260877.

Il legale rappresentante dell'A.S.P. è il Direttore Generale, attualmente il dott. Giuseppe Giammanco, che nomina il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo: rispettivamente il Dr. Franco Luca e la Dr.ssa Daniela Faraoni.

Il sito web dell'A.S.P. è [www.aspct.it](http://www.aspct.it).

Così come riportato nell'Atto Aziendale, nell'ambito della propria autonomia e in funzione della propria mission istituzionale l'A.S.P. di Catania definisce gli assetti organizzativi, le caratteristiche e le funzioni delle singole articolazioni organizzative, l'attribuzione delle responsabilità di direzione e gestionali, nonché le modalità di interazione tra i vari soggetti aziendali: dipartimenti, distretti, unità operative, unità organizzative. I rapporti gerarchici sono espressi nell'organigramma, direttamente correlato all'Atto aziendale, che rappresenta l'organizzazione aziendale ed i più rilevanti livelli organizzativi e di responsabilità.

L'Atto Aziendale, a cui si rimanda, rappresenta pertanto lo strumento fondamentale per definire, nel suo impianto generale, l'assetto dell'A.S.P. di Catania ed il ruolo dei centri organizzativi aziendali: nel periodo di adozione del Piano, l'Azienda è impegnata a dare attuazione all'assetto organizzativo descritto nel diagramma seguente, derivante dal nuovo Atto Aziendale e dalla nuova Pianta Organica ratificati dalla Regione Siciliana con propri decreti assessoriali.

Modello ordinario di gestione operativa dell'attività dell'Azienda è il Dipartimento, che, ai sensi dell'art.17 bis del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i., è una struttura organizzativa di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse, costituita da una pluralità di unità operative e moduli organizzativi, raggruppati in base all'omogeneità, affinità o complementarietà del loro sistema di riferimento, che perseguono finalità comuni, tra loro interdipendenti, ma che mantengono la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale. Esso assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Strategica e con le altre strutture aziendali.

L'organizzazione dipartimentale, sia sanitaria che amministrativa, è riconosciuta come il modello ordinario di organizzazione e gestione anche ai fini di dare attuazione al principio di partecipazione dei professionisti al processo decisionale, secondo i rispettivi ambiti di responsabilità.

Le funzioni dei dipartimenti, distinti in strutturali e funzionali, sono direttamente connesse con la definizione di progetti e programmi, con l'allocazione di risorse e con la realizzazione di obiettivi prioritari, al fine di conseguire l'ottimale omogeneità delle procedure organizzative, amministrative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature.

I Dipartimenti Strutturali, aventi responsabilità gestionale piena e diretta delle risorse assegnate e con rilevanza gerarchica, in cui è articolata l'A.S.P. di Catania sono:

1. Dipartimento di Prevenzione Medica;
2. Dipartimento di Prevenzione Veterinaria;
3. Dipartimento di Salute Mentale
4. Dipartimento del Farmaco;
5. Dipartimento di Scienze Radiologiche;
6. Dipartimento delle Risorse Tecnologiche e Finanziarie;
7. Dipartimento delle Risorse Umane;

I Dipartimenti Funzionali, ossia organismi dotati di autonomia tecnico-professionale e scientifica che possono essere assegnatari di budget soggetti a rendicontazione non analitica, sono i seguenti:

1. Dipartimento delle attività territoriali, integrazione ospedale-territorio e socio sanitaria;
2. Dipartimento di programmazione e controllo attività ospedaliere e territoriali;
3. Dipartimento materno infantile e percorso nascita;

Essi, nello svolgimento delle attività attribuite perseguono i seguenti obiettivi:

- a. convergenza di competenza ed esperienza;
- b. interdisciplinarietà;

- c. garanzia di continuità delle prestazioni prevenendo ridondanze di tempi e/o procedure inutili;
- d. accorpamento di attività secondo criteri di efficienza ed efficacia nella pratica.

Inoltre, l'offerta sanitaria erogata attraverso l'organizzazione funzionale dipartimentale, prevede la seguente aggregazione di servizi presso gli Ospedali:

1. Dipartimento di Emergenza;
2. Dipartimenti di Medicina;
3. Dipartimenti di Chirurgia;

Gli Ospedali dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania sono inseriti nella rete regionale di rifunzionalizzazione (D.A. n.46/2015) che classifica i presidi ospedalieri secondo tipologie diversificate in relazione ai differenti profili di offerta distinguendo, altresì, tra ospedali che svolgono in tutto o in parte funzioni di HUB, da quelli con funzioni di Spoke, in base anche ai bacini di utenza intesi come ambiti di programmazione sovra-aziendali, in rapporto alla topografia del territorio. L'ospedale rappresenta così un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.

L'assistenza ospedaliera è garantita, secondo il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale (D.A. n.46/2015), da due DEA di primo Livello (P.O. di Acireale e Giarre e P.O. di Caltagirone), due Presidi Ospedalieri di Base, due Presidi Ospedalieri di Zona Disagiata ai sensi del D.A. n. 629 del 31 marzo 2017, che operano attraverso un'organizzazione in rete per assicurare l'appropriatezza del percorso di accoglienza, presa in carico, cura e dimissione del paziente/utente.

Le strutture organizzative, infine, sia territoriali che ospedaliere, sono distinte in *complesse e semplici*: esse sono articolazioni aziendali in cui vengono integrate le competenze professionali e le risorse e sono finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione e di committenza o produzione di prestazioni e servizi sanitari in relazione a precisi obiettivi e risultati aziendali.

La Legge n° 42 del 1999, confermata con la Legge n° 251 del 2000, ha sancito il riconoscimento dei livelli di competenza, autonomia e responsabilità che qualificano le professioni sanitarie. In applicazione di detta normativa, e di quella regionale che regola le professioni sanitarie (D.A. 10 agosto 2012 n. 1636), sono state previste, in seno alla Direzione Aziendale, quali strutture di staff, le Unità operative semplici di seguito elencate :

- Unità operativa delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche;
- Unità operativa delle professioni sanitarie di riabilitazione;
- Unità operativa delle professioni tecnico-sanitarie;
- Unità operativa delle professioni tecniche di prevenzione, vigilanza e ispezione;
- Unità operativa del servizio sociale professionale

Le Unità operative svolgono le funzioni previste dalle norme istituzionali dei relativi profili professionali e l'ottemperanza agli specifici codici deontologici ed agli ordinamenti didattici utilizzando metodologie di pianificazione per il raggiungimento degli obiettivi di assistenza e prevenzione.

# 14. Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio.

Il Piano 2018-2020 implementa la strategia adottata nei precedenti Piani, confermando la mappatura dei processi aziendali per contrastare il rischio corruttivo alla luce delle norme emanate nel corso del 2015 e del 2016, in particolare il PNA 2016 e il D.Lgs.97/2016, nonché a seguito dei monitoraggi effettuati sulla loro applicazione e sull'efficacia.

Sulla base di quanto già espresso in premessa, sono in fase di attivazione le nuove UUOCC amministrative, individuate sulla base del nuovo atto aziendale, e, pertanto, nel corso dell'anno 2018 sarà necessario intervenire nuovamente sul Piano individuando i nuovi processi a rischio di corruzione sulla base delle nuove competenze attribuite ai Responsabili delle UUOCC di nuova istituzione.

Pertanto, ferma restando questa fondamentale premessa, i processi /procedimenti sono stati mappati in relazione alle cosiddette "aree di rischio obbligatorie", di cui al PNA del 2013, tenuto conto dell'indicazione normativa relativa ai procedimenti elencati nell'art. 1 co. 16 della I. 190/2012 (aree di rischio ricorrenti):

1. Area acquisizione progressione del personale;
2. Area affidamento di lavori, servizi e forniture;
3. Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
4. Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
5. Area Vigilanza e sanzioni pecuniarie (specifica per il Sistema Sanitario Nazionale)

Le suddette aree sono state integrate, giuste Determinazione n.12/2015 e Delibera n.831/2016 A.N.AC., con le Aree di seguito riportate, rispetto alle quali l'Azienda ha avviato un'ulteriore analisi e mappatura dei propri processi:

## **AREE DI RISCHIO GENERALI**

- a. Contratti pubblici (sostituisce "Affidamento di lavori, servizi e forniture")
- b. Incarichi e nomine
- c. Gestione entrate, spese e patrimonio
- d. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni (sostituisce la quinta delle aree precedenti).

## **AREE DI RISCHIO SPECIFICHE - SANITÀ**

- a. Acquisti in ambito sanitario
- b. Nomine dirigenza medica e sanitaria
- c. Rapporti con soggetti erogatori
- d. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- e. Attività libero professionali e liste d'attesa
- f. Gestione patrimonio immobiliare -Comodati d'uso/valutazione in prova
- g. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazione;
- h. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Particolare attenzione è stata dedicata sia all'Area di rischio "Contratti Pubblici" e, nello specifico, all'Area "Sanità", anche nelle sue sotto-aree.

L'attività di approfondimento analitico ha consentito di sintetizzare e rendere intelleggibili le informazioni raccolte per ciascun processo, permettendo, nei casi più complessi, la descrizione del flusso e delle interrelazioni tra le varie attività, pervenendo, altresì, all'individuazione delle responsabilità e delle strutture organizzative interessate.

In linea generale, la valutazione del rischio si è sviluppata lungo le seguenti fasi:

- a. identificazione dei rischi - sia mediante acquisizione di numerose fonti informative, sia procedendo alla individuazione degli eventi di natura corruttiva che potrebbero verificarsi in relazione ai processi o alle fasi dei processi;
- b. Analisi - individuazione del livello di esposizione al rischio delle attività e dei processi, circoscrivendo le cause del verificarsi di eventuali eventi corruttivi e definendo gli eventi rischiosi più rilevanti per l'amministrazione;
- c. Ponderazione - attribuzione di un peso ad ogni singolo rischio, in termini di priorità e sostenibilità di intervento.

<b>IMPATTO</b>	<b>5</b>	5	10	15	20	25
	<b>4</b>	4	8	12	16	20
	<b>3</b>	3	6	9	12	15
	<b>2</b>	2	4	6	8	10
	<b>1</b>	1	2	3	4	5
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
		<b>PROBABILITA'</b>				
		<b><i>Livello di rischio corruzione</i></b>				
		<b>BASSO</b>	<b>RILEVANTE</b>	<b>CRITICO</b>		

A proposito di quest'ultima fase - fondamentale per la definizione delle priorità di trattamento riguardo ai rischi rilevati, per la stesura del presente Piano - essa è stata effettuata, utilizzando la griglia sopra rappresentata, mediante analisi congiunte con i responsabili delle relative aree di rischio, sulla scorta delle indicazioni della Determinazione A.N.AC. n.12/2015 e tenuto conto degli obiettivi dell'organizzazione e dei suoi contesti, attribuendo in modo concordato le valutazioni "Alto", "Medio" e "Basso" ai rischi analizzati in rapporto ai macro-processi/processi/procedimenti analizzati e praticando, di fatto, una revisione delle ponderazioni effettuate nei precedenti Piani, valutando in taluni casi la possibilità di limitarsi a mantenere le misure già esistenti.

La probabilità degli eventi di corruzione è rilevata attraverso i n. 6 indicatori di rischio riportati nel Piano Nazionale Anticorruzione:

1. DISCREZIONALITA'
2. RILEVANZA ESTERNA
3. COMPLESSITA'
4. FRAZIONABILITA'
5. EFFICACIA DEI CONTROLLI
6. VALORE ECONOMICO

La probabilità degli eventi di corruzione, pertanto, sulla base dei sei indicatori sopra riportati consente di calcolare la probabilità associando un punteggio da 1 a 5 a ciascuna domanda.

Pertanto, il valore della probabilità (P) di un evento di corruzione si ricava calcolando la media aritmetica dei punteggi associati a ciascuna domanda: il valore minimo è 1 =

IMPROBABILE, mentre il valore massimo è 5= ALTAMENTE PROBABILE

L'Impatto degli eventi di corruzione è rilevato attraverso i 4 indicatori di rischio riportati sempre nel PNA:

1. IMPATTO ORGANIZZATIVO;
2. IMPATTO ECONOMICO;
3. IMPATTO REPUTAZIONALE;
4. IMPATTO SULL'IMMAGINE

Per calcolare l'impatto (I) di un evento di corruzione occorre effettuare la media aritmetica dei punteggi associati alle singole domande: il valore minimo è 1 (Impatto MARGINALE); il valore massimo è 5 (impatto SUPERIORE).

Una volta calcolata la probabilità (P) che un evento di corruzione si determini e l'impatto (I) che è in grado di generare, è possibile determinare il livello di rischio di corruzione in termini quantitativi il cui valore minimo è 1 mentre il valore massimo può raggiungere il livello di 25

### **$P \times I =$ LIVELLO RISCHIO DI CORRUZIONE**

Nella matrice di rischio di corruzione sopra rappresentata si esprime il livello di corruzione in base a tre gradazioni: BASSO, RILEVANTE E CRITICO.

L'applicazione di questo processo ha consentito di individuare e introdurre i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla scorta delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi e consentirà, in sede di revisione del Piano, la individuazione di ulteriori aree/processi di rischio.

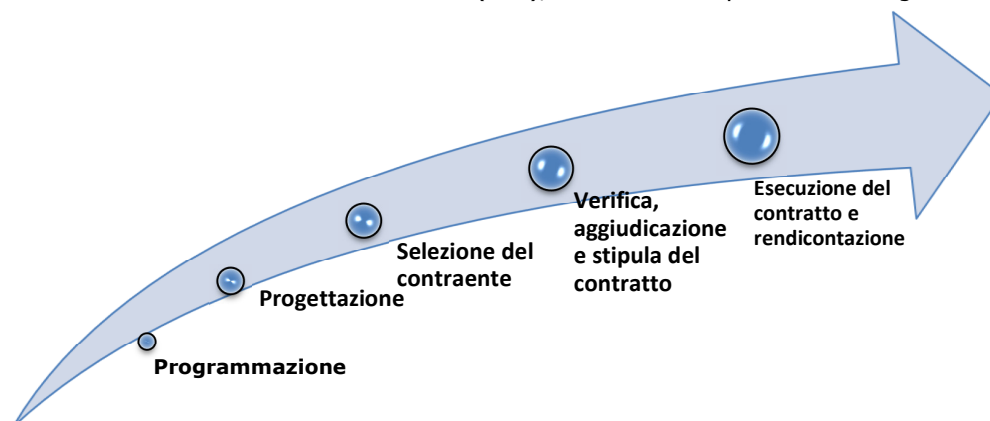
Le misure individuate, sempre a seguito di incontri con i responsabili delle UU.OO. interessate, sono state scadenze in base alle priorità rilevate, tenuto conto sia delle risorse, soprattutto umane, a disposizione, che della loro sostenibilità, anche per le successive fasi di controllo e di monitoraggio delle stesse.

Inoltre, per quelle ulteriori, è stata fatta distinzione tra "misure ulteriori in atto", corrispondenti a quelle già previste per il 2017 e introdotte nel corso dello stesso anno, e "misure ulteriori da implementare", da introdurre nel corso del 2018 a seguito di una più attenta valutazione correlata all'analisi del rischio e dell'attivazione della nuova organizzazione aziendale.

È stata, altresì, effettuata la necessaria distinzione tra "misure generali" e "misure trasversali" da un lato, che incidono complessivamente sul sistema della prevenzione della corruzione su tutta l'amministrazione, e "misure specifiche", le quali invece si caratterizzano per il fatto di incidere su specifiche criticità individuate nella fase di analisi del rischio, avuto riguardo, comunque, alla congruità delle misure stesse rispetto all'obiettivo di prevenire il rischio di corruzione.

# 15. Contratti Pubblici - Acquisti in ambito sanitario.

Al fine di garantire al Responsabile P.C.T. una visione complessiva del ciclo di acquisti e di definire una mappatura corretta dei processi, l'area in questione ( in aderenza alla Determina n.12/2015 e alla Delibera n.831/2016 (PNA), è stata scomposta nelle seguenti fasi:



All'interno di ciascuna fase sono enucleati i processi secondo le indicazioni relative alla mappatura già fornite nell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione 2016. Una volta selezionati i processi, sono stati identificati i correlati eventi rischiosi e programmate le misure più idonee a prevenirli.

Misura generale e strategica, pertanto, del Piano 2018/2020 in questa area di rischio è stata la predisposizione di un apposito Regolamento approvato con la deliberazione n. 4048 del 29/11/2017, a cui in questa sede si fa esplicito richiamo, nel quale l'U.O.C. Provveditorato ha individuato in maniera precisa il flusso di informazioni indispensabili per studiare e implementare, consolidare e/o apportare i dovuti correttivi alle misure specifiche di intervento per la prevenzione dei rischi di corruzione già individuate.

A tal fine si ritiene opportuno acquisire nel corso del periodo di validità del Piano alcuni elementi, che verranno rilevati con sistematicità e periodicità, per garantire la regolarità dei flussi informativi verso il Responsabile P.C.T, verso gli uffici deputati al controllo interno e verso gli organi di vertice quali:

- numero di gare gestite dall'unità;
- importo medio dei contratti e numero di procedure negoziate con o senza bando;
- numero di affidamenti diretti e relative modalità, rispetto dei tempi di esecuzione e/o entità media degli scostamenti;
- rispetto dei termini di pagamento alle imprese e/o entità media degli scostamenti;
- rispetto degli obblighi di approvvigionamento mediante gare di bacino e mediante strumenti elettronici di acquisto;
- numero di varianti in corso d'opera, numero di proroghe, numero di ricorsi giurisdizionali introdotti;
- numero di bandi annullati in via di autotutela o in sede giurisdizionale, numero di opere incompiute rispetto alle programmate, ricorrenza nelle aggiudicazioni degli stessi operatori economici .

Anche per il 2018 particolare attenzione sarà rivolta alle fasi della "Programmazione" e della "Esecuzione/Rendicontazione del Contratto", per le specificità del settore della "Sanità" rispetto al tema degli acquisti in considerazione della varietà e complessità dei beni e servizi e con particolare riferimento alle varie figure professionali coinvolte.

Riguardo alla fase della Programmazione si è posta particolare attenzione ai rischi operativi riconducibili all'eventuale "frazionamento degli affidamenti", con particolare riferimento ai "beni sanitari farmaci", puntando sulla corretta gestione della determinazione del fabbisogno, alla tempistica delle comunicazioni alle centrali di committenza, con la previsione di procedure standardizzate che vedono coinvolti l'UOC Provveditorato e il Dipartimento del Farmaco.

In merito alla infungibilità/esclusività dei prodotti, è stato introdotto il parere obbligatorio dell'Ingegnere Clinico e del Dipartimento del Farmaco.

Per le fasi di Esecuzione/Rendicontazione del contratto si procederà alla previsione di misure atte al rispetto della normativa in materia per la individuazione del Direttore dell'Esecuzione dei Contratti (D.E.C. - per forniture e servizi) e Direttore dell'Esecuzione dei Lavori e soprattutto a garantire i processi all'interno di queste fasi che non risultano normate, per indurre miglioramenti gestionali.

Nel corso del 2018, al fine di assicurare un costante raccordo con il Responsabile P.C.T. e garantire la massima trasparenza sui principali "alert" relativi a fenomeni corruttivi in tali ambiti, si prevede la trasmissione al Responsabile P.C.T. delle informazioni in materia di procedure negoziate/affidamenti in esclusiva, proroghe, subappalti e di varianti in corso d'opera.

Si confermano anche per il 2018, i criteri già adottati con il Regolamento per la gestione delle scorte e rotazione delle stesse nei magazzini delle farmacie ospedaliere e territoriali di cui alla deliberazione n. 2252/2016 nonché della "Tecnica contabili e procedura informatizzata" per la gestione dei citati magazzini approvata con la deliberazione n. 2232/2016.

## 16. Incarichi e nomine.

Con deliberazione n. 1540 del 8 maggio 2017 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale e con deliberazione n. 1850 del 8 giugno 2017 la nuova dotazione organica sia della dirigenza che del comparto.

Le direttive impartite dal competente Assessorato Regionale della Salute non hanno, però, ancora consentito di procedere alle relative assunzioni. Le carenze in organico sono state, nel frattempo, coperte mediante incarichi a tempo determinato in attesa di poter avviare le relative procedure concorsuali.

Sulla scorta dell'attività degli anni precedenti per il 2018 è stata implementata la mappatura e analisi dell'area "Acquisizione e progressione del personale", con particolare riferimento alle tre sotto-aree (Reclutamento, Progressione di Carriera, Conferimento di incarichi di collaborazione), rispetto alle quali è stato svolto approfondimento per gli incarichi relativi alla dirigenza medica e sanitaria.

Gli eventi rischiosi nelle procedure di assegnazione dell'incarico risiedono nella fase di definizione del fabbisogno, e sono direttamente riconducibili alla dotazione organica aziendale: essi si concretizzano con la mancanza dei presupposti programmatori o di una motivata verifica delle effettive carenze organizzative, il cui rischio connesso è quello della frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire.

Le Linee guida regionali oltre il processo di adozione dell'Atto aziendale garantiscono l'efficace neutralizzazione del rischio sopra indicato.



# 17. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.

Rispetto a tale ambito di rischio, in cui si situano le procedure dell'UOC Economico-Finanziario e Patrimonio, è stato già da tempo avviato un processo di tracciabilità, in relazione anche all'adozione dei PAC (percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci), quale fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità, realizzandovi attività integrate con il RPCT. Sono state adottate tutte le misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari, al fine di agevolare la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati e, più in generale, sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse.

Ai fini della prevenzione del rischio corruttivo, è stato dato rilievo alle attività connesse ai pagamenti e alle liquidazioni, attuando il puntuale rispetto del principio dell'ordine cronologico delle fatture e degli annessi procedimenti, previa verifica del rispetto dei tempi contrattualmente previsti, delle relative obbligazioni, del controllo di regolarità contabile/amministrativa, delle registrazioni di bilancio e rilevazioni (non corrette/non veritiere). L'A.S.P. di Catania, a tal proposito, si è dotata di una procedura informatizzata che consente controllo e tracciabilità dei relativi processi.

Sono state adottate le "Procedure amministrativo-contabile e tecnico-sanitaria per la liquidazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale rese dalle strutture private convenzionate", secondo un piano condiviso tra le varie UU.OO. coinvolte nel processo.

Le procedure relative a tale processo di miglioramento dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo-contabili, sono in via di implementazione secondo il cronoprogramma indicato nei relativi documenti.

Con deliberazione n. 138 dell'11/01/2018 sono state approvate le procedure PAC così come da nota assessoriale prot. n. 75848 del 23/09/2016 con le allegate procedure per tutte le aree prese in considerazione dal D.A. n. 1559/2016, e precisamente:

1. Area Generale;
2. Area Immobilizzazioni;
3. Area Rimanenze;
4. Area crediti e ricavi;
5. Area disponibilità liquide;
6. Area patrimonio netto;
7. Area debiti e costi.

Sono state prese in considerazione, altresì, le misure in termini di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio, con la pubblicazione delle relative informazioni sul sito web aziendale, riguardo la gestione dei beni immobili di proprietà secondo le indicazioni del novellato d.lgs. 33/2013 e del PNA 2016.

Sempre in questa area come misure di controllo è stata prevista l'attuazione delle procedure di programmazione e controllo allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati, l'attuazione delle procedure di raccordo della contabilità analitica con il sistema della contabilità generale e l'applicazione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti.

Come misure per l'alienazione degli immobili sono state altresì previste: l'applicazione di una procedura finalizzata alla corretta, completa ed immediata individuazione dei cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, contributi in conto esercizio, conferimenti, lasciti, donazioni; la predisposizione di una procedura per la stipula di nuovi contratti di locazione e l'utilizzo di procedure di gara pubblica per la vendita di immobili.

Si prevede la trasmissione semestrale di un report al RPCT, ove vengono inseriti tutti i beni autorizzati in uso.

## 18. Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni.

Gli ambiti di attività di vigilanza, controllo, ispezione, e irrogazione di sanzioni, come riportato nella Determinazione A.N.AC. n.12/2015, riguardano tutte le amministrazioni che svolgono compiti di vigilanza su specifici settori.

In generale, nella sanità, tali attività sono riconducibili alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione, e in particolare alle aree di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione Medica, di Prevenzione Veterinaria, della Salute Mentale, del Farmaco, della U.O.C. Ospedalità Privata, dei Distretti Sanitari, specialmente in relazione alle autorizzazioni e alle concessioni con o senza riflessi finanziari, all'accreditamento del privato, alla libera professione intramuraria.

Com'è noto in tali ambiti possono verificarsi omissioni, discrezionalità o parzialità e ciò può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.

Particolare attenzione è stata dedicata alla mappatura e all'analisi in questi ambiti di rischio, focalizzando l'attenzione sulla rilevazione dei processi riferibili a tali attività a particolare rischio di corruzione.

Il PTPCT 2018/2020 prevede una serie di misure consistenti nella rotazione del personale, nella vigilanza, nella costituzione di una commissione di supervisione, nell'elaborazione dello specifico codice di comportamento, nella formazione e nell'attività di audit. L'attivazione di dette misure verrà attuata nel corso del triennio di validità del presente Piano sia mediante incontri ed interventi ad hoc, sia per il tramite di un sistema di monitoraggio specifico che verrà attuato quanto all'esito dell'attivazione di tutte le UU.OO., semplice e complesse, previste dal nuovo Atto aziendale.

La nomina nel corso del 2017 dei Direttori di Dipartimento ha consentito di implementare le misure di organizzazione e di controllo.

E' in corso di predisposizione una serie di modelli di acquisizione di dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse da sottoporre a tutti gli operatori del dipartimento, demandando ai Direttori delle UUOCC, con la supervisione del Direttore del Dipartimento, la relativa verifica.

Per tutta l'area di rischio *Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni*, sono state già adottate e sono in ancora in corso di implementazione, misure specifiche per ogni ambito mappato, mediante la redazione di procedure, linee guida, codici di comportamento settoriali, check-list, composizione dei gruppi di ispezione e di controllo (almeno due componenti e, laddove possibile, la rotazione degli stessi).

# 19. Il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'ALPI - Attività Libero Professionale Intramoenia.

La conoscenza della dimensione del fenomeno della Libera professione intramuraria e delle scelte operative compiute dai governi regionali sono elementi imprescindibili alla comprensione delle evoluzioni in atto e della loro corretta rispondenza al contesto normativo.

Nella definizione delle competenze e responsabilità particolare importanza ha rivestito l'emanazione delle Linee guida da parte dell'Assessorato Regionale per la Sanità con il Decreto n. 337/2014 con le quali, in applicazione di quanto previsto dalla Legge n. 120/2007 prima e della Legge n. 189/2012 (Legge "Balduzzi"), si è proceduto a disciplinare, una volta per tutte, le problematiche da sempre registratesi nella gestione dell'ALPI.

In particolare, l'art.2 della Legge n. 189/2012 sopra citata, modificando in maniera sostanziale l'art. 1 della Legge n. 120 del 2007, ha introdotto una serie di adempimenti finalizzati al superamento del regime provvisorio.

La nuova norma ha, infatti, in primo luogo, imposto a tutte le Aziende Sanitarie di effettuare una ricognizione straordinaria degli spazi per l'esercizio dell'ALPI, comprensiva di una valutazione dettagliata dei volumi delle prestazioni rese nell'ultimo biennio, funzionale ad ottenere dalla Regione un'eventuale autorizzazione:

- all'acquisizione di ulteriori spazi ambulatoriali esterni, tramite l'acquisto, la locazione presso strutture sanitarie autorizzate e non accreditate e la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici;
- all'adozione di un programma sperimentale che prevedesse lo svolgimento dell'attività libero professionale, in via residuale, presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete, previa sottoscrizione di una convenzione annuale rinnovabile tra il professionista interessato e l'Azienda sanitaria di appartenenza.

Per quanto atteneva al fenomeno relativo all'ALPI allargata, il Legislatore, nazionale e regionale, ha previsto una serie di interventi cogenti e definitivi, che hanno avuto come conseguenza immediata il graduale passaggio dell'ALPI "allargata" da modalità di esercizio "ordinaria" a forma "residuale", attivabile soltanto allorquando, per carenze strutturali, l'Azienda non fosse in possesso di spazi adeguati da dedicare a tale tipo di attività e previa autorizzazione da parte della Regione.

È stata inoltre preclusa la possibilità di svolgere l'attività libero – professionale presso studi professionali ove operino anche professionisti non dipendenti o non convenzionati con il SSN, ovvero dipendenti non in regime di esclusività, salvo deroga dell'Azienda su disposizione regionale, a condizione che fosse garantita la tracciabilità delle prestazioni effettuate.

E' stato inoltre, previsto che il pagamento delle prestazioni debba avvenire direttamente al competente ente o Azienda, mediante mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità delle corrisposizioni di qualsiasi importo e che gli importi da corrispondere a cura dell'assistito debbano essere determinati d'intesa con i dirigenti interessati e previo accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale.

Tali importi devono essere idonei a remunerare i compensi del professionista, dell'equipe, del personale di supporto, nonché tutti i costi diretti e indiretti sostenuti dall'Azienda.

Infine, la normativa in argomento ha previsto che una somma pari al 5% del compenso del professionista venga trattenuta dall'Azienda e vincolata ad interventi di prevenzione, ovvero volti alla riduzione delle liste di attesa.

Al fine di valutare lo stato di attuazione dell'ALPI presso l'ASP di Catania, partendo dal dettato normativo nazionale e regionale, si procederà ad effettuare una comparazione tra le previsioni normative per come sopra analiticamente descritte e la loro applicazione concreta nell'ambito delle.

In particolare, appare opportuno valutare se l'Azienda abbia proceduto:

- a. ad effettuare la ricognizione degli spazi aziendali disponibili;
- b. all'attivazione dell'infrastruttura di rete per il collegamento tra l'Azienda e le strutture nelle quali vengono erogate le prestazioni di attività libero – professionale intramuraria, interna o in rete;
- c. all'attivazione di sistemi di pagamento delle prestazioni erogate in regime libero – professionale da effettuarsi direttamente all'Azienda, tramite mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo;
- d. alla definizione, d'intesa con i dirigenti interessati, degli importi da corrispondere a cura dell'assistito, idonei, per ogni prestazione, a remunerare i compensi del professionista, dell'equipe, del personale di supporto, articolati secondo criteri di riconoscimento della professionalità, dei costi pro – quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, nonché ad assicurare la copertura di tutti i costi diretti e indiretti sostenuti dall'Azienda, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete;
- e. a trattenere dal compenso dei professionisti una somma pari al 5%, quale ulteriore quota oltre a quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, per vincolarla ad interventi di prevenzione, ovvero volti alla riduzione delle liste di attesa, ai sensi dell'art.2 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189;
- f. a istituire attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera – professione;
- g. a definire annualmente, in sede di contrattazione dei budget o di specifica negoziazione con le strutture aziendali, i volumi di attività istituzionale dovuti, tenuto conto delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche effettivamente assegnate, anche con riferimento ai carichi di lavoro misurati;
- h. a determinare, con i singoli dirigenti e con le équipes, i volumi di attività libero – professionale complessivamente erogabile che, ai sensi delle leggi e dei contratti vigenti, non possono superare quelli istituzionali, né prevedere un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto;
- i. ad istituire apposito organismo paritetico di verifica del corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero – professionale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie interessate.

Premesso quanto sopra, e con riferimento a ciascun singolo punto, si relaziona quanto segue.

L'A.S.P. di Catania si è dotata di un Regolamento aziendale per l'esercizio dell'ALPI approvato con deliberazione n. 1865 del 21/07/2015, modificato ed integrato con deliberazioni n. 404 del 19/02/2016 e n. 871 del 17/03/2016.

Allo scopo di conseguire una gestione unitaria dell'attività libero – professionale, la Direzione strategica ha effettuato la scelta di accentrare tutta l'attività, amministrativa, contabile e di controllo, in un'unica Struttura, dotando la stessa di personale e di mezzi adeguati.

Conseguentemente, in applicazione dell'art.61 del citato Regolamento, è stato istituito in seno all'U.O.C. Politiche del Personale, l'Ufficio ALPI, cui collabora anche personale proveniente da altre Unità Operative amministrative e tecniche, con competenze e funzioni relative a:

1. istruzione della procedura autorizzativa, correlata alle richieste, e predisposizione degli atti conseguenti per lo svolgimento dell'ALPI;

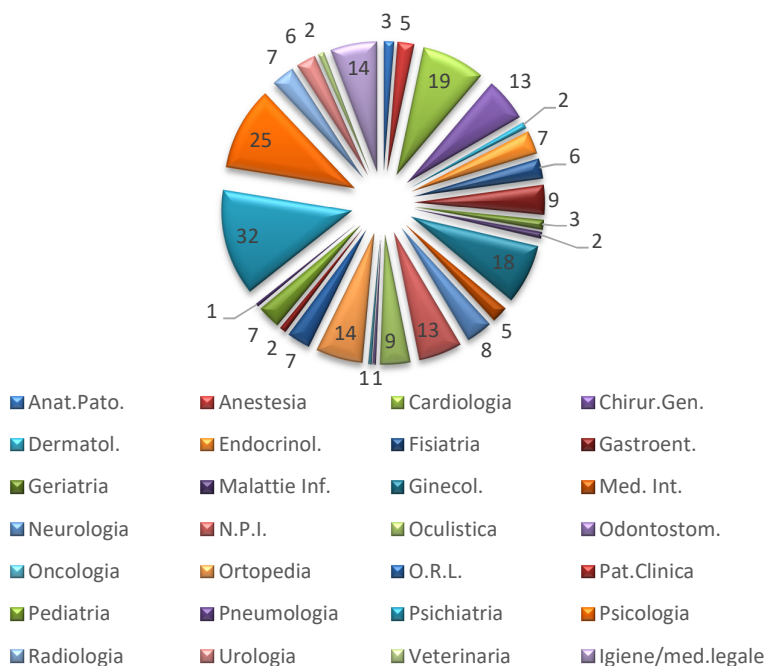
2. creazione e attivazione e gestione delle agende di prenotazione dei singoli professionisti autorizzati all'esercizio dell'ALPI, individuale e in equipe;
3. tenuta, aggiornamento e pubblicizzazione dell'elenco dei professionisti che esercitano l'ALPI, specificandone le specifiche discipline, le prestazioni, gli onorari, le sedi e gli orari;
4. organizzazione della comunicazione e informazione al cittadino in materia di ALPI;
5. aggiornamento del Regolamento interno, delle tariffe e degli onorari nonché delle tariffe delle degenze alberghiere e predisposizione dei preventivi;
6. attività di pubblicità e di marketing in ordine all'offerta delle prestazioni in ALPI;
7. elaborazione di reportistica periodica;
8. attuazione degli indirizzi dell'Azienda, delle norme e dei Regolamenti e adozione di atti, provvedimenti, direttive e circolari nella materia di cui trattasi;
9. gestione e monitoraggio dei progetti e delle convenzioni relative all'ALPI;
10. periodica verifica degli obblighi posti dalla normativa vigente, attuando forme di controllo, anche incrociato, a campione;
11. monitoraggio trimestrale dell'entità delle prestazioni rese in ALPI o altro tipo di attività libero – professionale, rispetto a quelle rese in attività istituzionale;
12. controllo sull'equilibrio economico dell'ALPI finalizzato a valutare che l'Attività in questione rappresenti un utile per l'Azienda;
13. programmazione, autorizzazione e liquidazione delle prestazioni erogate al personale di supporto indiretto.

Il personale dell'Ufficio ALPI ha provveduto ad esaminare le autorizzazioni precedentemente concesse ai dirigenti medici e sanitari sulla base della precedente organizzazione.

Il percorso compiuto può essere così sintetizzato:

- analisi del fatturato ALPI registrato nel biennio precedente (2013 e 2014);
- a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento sopra citato, l'Ufficio ALPI ha provveduto a revocare tutte le autorizzazioni precedentemente concesse e, previa individuazione degli spazi aziendali disponibili nei Distretti Sanitari e nelle Strutture Ospedaliere, ha provveduto a predisporre le delibere di autorizzazione per i dirigenti medici richiedenti nuova autorizzazione;
- le ore e i giorni di autorizzazione sono stati attribuiti in misura proporzionale al fatturato registrato nel biennio precedente e all'indice di occupazione degli ambulatori, in modo da utilizzare parametri omogenei;
- rispetto alla situazione relativa al 2015, si è registrata una riduzione del numero di dirigenti autorizzati ma senza particolari ripercussioni sul fatturato registrato, che ha subito solo una lieve diminuzione. Ciò in ragione del fatto molti dei professionisti già autorizzati nel passato non svolgevano di fatto alcuna attività

## NUMERO AUTORIZZAZIONI PER DISCIPLINA



La percentuale più elevata di autorizzazioni concesse riguarda le discipline di PSICHIATRIA e di Psicologia, a seguire quella di Pediatria e di Ginecologia e Ostetricia (vedi figura n. 2).

Viceversa, le discipline mediche e sanitarie che registrano un maggior numero di prestazioni sono quelle di Gastroenterologia, soprattutto visite gastroenterologiche ed esami strumentali alle stesse collegati (Colonscopie, GastroscoPie), di Cardiologia (Visite, ECG e Ecocardiografia) e di Ostetricia e Ginecologia (Visite, ecografie ostetriche e ginecologiche, pap – test).

Bassa incidenza, invece, hanno le prestazioni di radiologia (TAC, RMN) e di Ecografia, anche in considerazione del fatto che l'Azienda non consente ai dirigenti medici di effettuare prestazioni libero – professionali che non siano garantite, soprattutto per problemi di carenza di personale (Tecnico, infermieristico ), anche in regime istituzionale.

Poca o nulla incidenza hanno le prestazioni di Mammografia e le ECOCOLOR DOPPLER DEI TRONCHI SOVRA AORTICI nel numero complessivo di prestazioni erogate in ALPI dai dirigenti autorizzati, a dimostrazione del fatto che, malgrado i tempi di attesa, i pazienti sono maggiormente propensi ad effettuare tali prestazioni in regime istituzionale.

E' stata istituita apposita infrastruttura di rete mediante l'attivazione di un numero di telefono dedicato alla gestione delle prenotazioni in ALPI con sede presso il P.O. "Gravina" di Caltagirone.

Il call center è gestito direttamente da personale aziendale in servizio presso l'U.O.C. Politiche del Personale - Ufficio ALPI, composto da:

- N. 1 dirigente Amministrativo
- N. 1 collaboratore Amm.vo Prof.le Esperto, cat. Ds – Responsabile dell'Ufficio;
- N. 1 collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere, Cat. Ds, per la comunicazione dei flussi informativi ministeriali e la gestione degli ambulatori medici in alpi;

- N. 1 assistente Tecnico, Cat. C;
- N. 2 coadiutori amministrativi, Cat. Bs
- N. 3 coadiutori amministrativi, Cat. B;

L'Ufficio ALPI si avvale, altresì, del personale in servizio presso l'U.O.C. Economico – finanziario e professionale per la redazione bimestrale dei prospetti di liquidazione dei proventi incassati dall'Azienda nonché di unità di personale in servizio presso l'U.O.C. Risorse Umane per effettuare i previsti controlli relativi alle presenze/assenze del personale medico e infermieristico autorizzati all'ALPI e per il ribaltamento dei proventi nella procedura stipendiale.

Le prenotazioni per le prestazioni rese in attività libero – professionale vengono effettuate dall'utenza telefonando al numero 0294.321974 nei giorni di:

- lunedì dalle 10.00 alle 13.00
- martedì dalle h. 10.00 alle 13.00 e dalle 15.30 alle 17.30;
- mercoledì dalle h. 10.00 alle 13.00 e dalle 15.30 alle 17.30;
- giovedì dalle h. 10.00 alle 13.00 e dalle 15.30 alle 17.30;
- venerdì dalle h. 10.00 alle 13.00.

o tramite e- mail ([ufficio.alpi@aspct.it](mailto:ufficio.alpi@aspct.it)).

Ricevuta la prenotazione e registrata la stessa sull'agenda del medico prescelto, il sistema informatico in dotazione genera un file in formato pdf che viene inviato in automatico alla e-mail fornita dal professionista nella richiesta di autorizzazione.

Il personale in servizio presso l'Ufficio ALPI provvede, altresì, ad effettuare quotidianamente tutte le prenotazioni inviate via e –mail sia dall'utenza sia dai dirigenti medici autorizzati.

Il personale dell'Ufficio ALPI e dell'UOC Economico – Finanziario provvede attraverso il programma informatico di "Gestione LP4" ad effettuare i controlli tra prestazioni prenotate tramite il Call center ALPI e fatture emesse in modo che i relativi ricavi vengano associati all'Agenda elettronica del professionista.

Il pagamento delle prestazioni in ALPI viene effettuato dal paziente prima di effettuare la prestazione:

- con pagamento diretto presso una delle Casse ticket aziendali;
- con pagamento tramite pos;
- con versamento su conto corrente bancario o postale intestati all'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania e con l'indicazione nella causale del versamento, dei dati anagrafici del paziente e del medico prescelto per eseguire la prestazione;

Qualora il pagamento venga effettuato presso le casse ticket, l'operatore di sportello provvederà a rilasciare direttamente la fattura al paziente. In caso di pagamento effettuato con modalità alternative (bonifico postale o bancario), il personale aziendale provvederà all'invio della fattura al domicilio del paziente tramite servizio postale o e-mail.

E' esclusa categoricamente la possibilità di effettuare il pagamento direttamente al professionista prescelto.

La composizione delle tariffe per le prestazioni rese in Attività Libero professionale da parte della dirigenza medica e sanitaria applicate presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania sono state concordate con le OO.SS. contestualmente all'approvazione del Regolamento aziendale.

Le tariffe proposte dai professionisti non sono inferiori alle tariffe previste dal nomenclatore tariffario regionale e sono conformi ai vincoli ordinistici.

I criteri per la costruzione delle tariffe sono previste nel Regolamento aziendale (art.50), nel quale si prevede, in particolare, che la tariffa debba contenere:

- Onorario del professionista contrattato con l'Azienda;
- Quota Fondo ex Legge n. 189/2012 (Fondo di Prevenzione);

- Quota personale di supporto diretto;
- Quota personale di supporto indiretto;
- Quota Fondo di Perequazione;
- Quota a favore dell'Azienda per la remunerazione dei costi diretti e indiretti.

Viene previsto, inoltre, che, nel caso in cui il professionista dichiari espressamente di non volersi avvalere del personale diretto per l'esecuzione della prestazione, la relativa percentuale (5%) incrementerà la quota spettante al medico.

Nel caso in cui la quota spettante all'Azienda dovesse risultare inadeguata alla copertura di tutti i costi diretti e/o indiretti per la gestione dell'Attività Libero Professionale, le tariffe dovranno essere immediatamente adeguate da parte dell'Azienda previa comunicazione alle OO.SS.

E' in corso di creazione da parte del Controllo di Gestione aziendale un apposito "Conto Alpi" sul quale imputare tutti i costi relativi alla gestione dell'Attività Libero Professionale, per consentire un riscontro effettivo dei costi.

Su tale "conto ALPI" si provvederà, altresì, ad imputare, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, i costi relativi:

- al materiale di consumo;
- ai farmaci;
- alle spese per la manutenzione degli ambulatori;
- all'acquisto di arredi e apparecchiature etc

In tal modo, e fino all'entrata a regime della contabilità analitica, si consentirà all'Ufficio ALPI di poter valutare effettivamente l'incidenza di tali voci di spesa sul bilancio ALPI e, in caso di disavanzo, intervenire tempestivamente operare i necessari adeguamenti.

Il fatturato registrato nel corso dell'anno 2016 relativo all'Attività Libero – Professionale ammonta complessivamente ad € 2.316.165,32.

Sulla base di quanto previsto dalla normativa regionale e nazionale è stato costituito il

- Il Fondo di perequazione, che ammonta complessivamente ad € 84.420,00;
- Il Fondo di prevenzione e per abbattimento liste di attesa, che ammonta complessivamente ad € 107.000,00;

L'IRAP erogato dall'Azienda ammonta complessivamente ad € 135.000,00, mentre, complessivamente, l'utile aziendale è pari ad € 331.975,32.

Nel bilancio di previsione per l'anno 2017, si è proceduto ad inserire, rispetto al dato del 2016, un aumento di fatturato del 10% in considerazione del fatto che devono essere risolte alcune criticità rappresentate da un lato, dall'impossibilità di concentrare in poche strutture l'Attività Libero Professionale dell'Azienda, con conseguente e inevitabile polverizzazione dell'attività in questione all'interno del vasto territorio provinciale.

Questa polverizzazione dell'attività determina, infatti, per l'Azienda la necessità di:

- aumentare il numero delle casse ticket presenti sul territorio per consentire all'utenza di effettuare il pagamento delle prestazioni;
- reperire il personale disponibile al supporto diretto o indiretto all'ALPI;
- attuare sistemi di controllo dell'ALPI adeguati e calibrati rispetto alle dimensioni territoriali dell'Azienda.

Per ovviare a tali problemi, l'U.O.C. Ingegneria Informatica aziendale sta provvedendo ad installare nelle zone periferiche dei POS, collegati all'Istituto Bancario Tesoriere, per consentire il pagamento delle prestazioni istituzionali e di quelle in ALPI.

L'U.O.C. Progettazione e Sviluppo Strutturale ha, altresì, ricevuto incarico da parte della Direzione aziendale di effettuare interventi di manutenzione sugli ambulatori utilizzati per l'esercizio dell'ALPI, mentre l'U.O.C. Provveditorato, compatibilmente con le possibilità offerte dalla normativa vigente in materia, ha provveduto all'acquisto di PC, stampanti ed eventuali apparecchiature elettromedicali.



Del costo di tali interventi, ancora in atto, si terrà conto nel corso dell'anno 2017 con imputazione diretta sul C.E. "Alpi" sopra citato, in modo da poter valutare con certezza l'entità dei costi diretti e indiretti a carico dell'Azienda in relazione all'attività libero professionale effettuando i necessari ed inevitabili aggiustamenti.

Con deliberazione n. 2363 del 7 ottobre 2015 l'ASP ha istituito l'Organismo Paritetico di Verifica per l'ALPI cos' come previsto e disciplinato dall'art.23 del Regolamento aziendale.

Tale Organismo è composto da:

- Direttore Sanitario o suo delegato, con funzioni di Presidente;
- N. 2 Rappresentanti Aziendali, nominati dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario;
- N. 3 Dirigenti Sanitari in rappresentanza delle OO.SS. di cui n.2 della Dirigenza Medica e Veterinaria e n. 1 della Dirigenza SPTA.

Esso, riunitosi più volte nel corso dell'anno 2016, svolge funzioni di verifica delle attività svolte in regime libero – professionale e di controllo del rispetto dei vincoli indicati nelle singole autorizzazioni rilasciate dall'Azienda.

La Commissione svolge, inoltre, funzioni di verifica e di promozione delle modalità organizzative dell'ALPI, e in particolare:

- promozione e vigilanza sull'ALPI;
- verifica del mantenimento di un corretto ed equilibrato rapporto tra l'attività istituzionale e i volumi di attività resa in ALPI;
- verifica e controllo del rispetto dei piani di lavoro ed il corretto utilizzo di spazi e attrezzature per l'esercizio dell'ALPI;
- formulazione di proposte riguardanti nuove procedure, modifiche del tariffario e, in generale, ogni provvedimento necessario per il buon andamento dell'attività.

Nel caso in cui l'Ufficio ALPI dovesse riscontrare il superamento, da parte di un dirigente medico e sanitario autorizzato all'ALPI dei volumi di attività concordati, dà immediata comunicazione al Comitato che potrà sospendere la possibilità per il dipendente di svolgere l'attività libero – professionale fino a quando lo stesso non avrà provveduto ad aumentare proporzionalmente le prestazioni rese in attività istituzionale.

Partendo dai buoni risultati conseguiti nel 2016 nell'organizzazione e gestione dell'ALPI, nel corso del 2017 questa Direzione Strategica intende intervenire in maniera graduale sulla problematica relativa ai tempi di attesa, almeno fino alla conclusione dell'iter amministrativo già attivato per l'istituzione del CUP provinciale.

Avvalendosi dell'apparato organizzativo e tecnologico dell'Ufficio Alpi, e su proposta delle OO.SS., si provvederà a mettere in campo una serie di interventi finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa, razionalizzando l'offerta delle prestazioni sanitarie, ed in particolare, quelle che presentano la maggiore criticità, come la Gastroenterologia e le prestazioni di Radiodiagnostica, RMN e TAC in particolare.

L'abbattimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali parte dalla consapevolezza di tutti gli attori che intervengono a vario titolo nella prescrizione, accettazione e erogazione della prestazione, che il paziente è al centro di tutte le attività organizzative e gestionali.

E' inoltre, importante il coinvolgimento del paziente come anello della catena del percorso assistenziale che deve essere sensibilizzato e reso esperto sulle procedure dei PDTA e dell'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse, in quel processo virtuoso denominato "empowerment del cittadino".

E' indispensabile, prima di tutto, che le liste di attesa siano differenziate in rapporto al problema clinico relativamente agli accertamenti di carattere generale e problematiche cliniche di "elezione".

Gli interventi che si intendono proporre dovranno tenere presente alcuni elementi fondamentali, e precisamente, che:

- l'aumento della capacità produttiva non consiste in una mera azione di incremento del numero di prestazioni, peraltro a volte necessaria per specifiche prestazioni. E' invece necessaria un'attenta analisi organizzativa che conformi l'offerta ai bisogni della popolazione residente. A tal fine, questa direzione intende massimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, umane, tecnologiche e strutturali. Un appropriato utilizzo delle strutture ospedaliere dovrebbe essere finalizzato all'effettuazione di prestazioni di una certa complessità, demandando a livello territoriale quelle prestazioni diagnostiche che vi possono essere eseguite secondo criteri di efficacia e di sicurezza;
- è indispensabile che vengano considerate le priorità cliniche in relazione ai bisogni dei pazienti e che vengano utilizzate soluzioni, quali percorsi diagnostici terapeutici predefiniti e raggruppamenti omogenei di Attesa (RAO). A tal fine, è indispensabile favorire la collaborazione di tutti gli agenti della domanda e dell'offerta, in particolare quella tra i medici prescrittori e i medici chiamati ad erogare le prestazioni.

La libera professione intramuraria: deve essere gestita secondo le regole stabilite al fine di garantire un corretto equilibrio tra le attese per l'attività istituzionale e per quella libero – professionale.

Proprio per tale ragione è stato istituito presso l'ASP di Catania un sistema differenziato di prenotazione relativamente alle due modalità di erogazione delle prestazioni. In tal modo, è possibile eliminare improprie interferenze tra le stesse e ridurre la possibilità che l'utente venga "orientato" verso la libera – professione intramuraria nel caso in cui l'istituzionale preveda tempi troppo lunghi per accedere alla prestazione necessaria.

In ogni caso, una corretta gestione delle attese richiede la capacità di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali dell'utenza e le caratteristiche dell'offerta fornita.

Per gli specifici processi, la valutazione del rischi, le misure, la tempistica e gli indicatori si rinvia alle schede nn.5, 17,18,20 e 21 dell'ALLEGATO 1 al presente Piano.

## 20. Rapporti con i privati accreditati

Come previsto dall'ANAC nella determinazione n. 12/2015, il rapporto tra la Regioni, Aziende Territoriali e privati accreditati rappresenta una delle aree a maggior rischio di corruzione.

I privati accreditati, in quanto soggetti che erogano prestazioni sanitarie, rappresentano una risorsa importante per il SSR ma in tale ambito, di converso, si concentrano anche ingenti flussi finanziari e notevoli interessi di natura economica.

E' inevitabile, quindi, che gli interessi in gioco possano far emergere situazioni, comportamenti in cui il rischio "corruzione" aumenta in modo esponenziale con conseguente necessità di operare una precisa disciplina dei rapporti con i privati accreditati, regolamentandone i comportamenti in maniera trasparente in modo da individuare le eventuali criticità e/o ipotesi di rischio, anche solo potenziali, che possono determinare fenomeni di corruzione e/o di inappropriato utilizzo delle risorse.

In tale ambito, per garantire l'equilibrio finanziario del sistema, vengono predisposti, nell'ambito della Programmazione Regionale di Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale, appositi "tetti di spesa", e cioè di aggregati di risorse economiche da destinare per l'acquisto di prestazioni da privati per singole branche.

Tali "tetti di spesa" sono annualmente determinati con Decreto dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, con il quale si provvede, altresì, a fissare i criteri di assegnazione. Tali criteri sono vincolanti per ciascuna Azienda Sanitaria.

Gli specialisti e/o le strutture specialistiche accreditato e/o contrattualizzati devono, sulla base del contratto sottoscritto, presentare all'ASP la fatturazione in forma elettronica e/o i riepilogativi delle prestazioni erogate per il "flusso M" entro il decimo giorno successivo al mese di riferimento, garantendo l'allineamento del fatturato alle prestazioni effettivamente riconosciute ed economicamente liquidabili.

Il rispetto della tempistica di invio dei dati ed il loro allineamento sono condizione vincolante per la liquidazione delle prestazioni. Il mancato rispetto della tempistica di invio dei dati comporta la sospensione del pagamento delle prestazioni, rinviando a successive verifiche eventuali conguagli.

Il predetto "flusso M" dovrà essere accompagnato dalla certificazione dell'avvenuto controllo logico formale per il tramite dell'applicativo messo a disposizione dall'Assessorato Regionale della Salute "Flow look", attestante la completezza e la qualità dei dati contenuti nei files trasmessi, nonché il rendiconto cartaceo e le relative prescrizioni.

La remunerazione delle prestazioni erogate dagli specialisti e/o strutture accreditate o contrattualizzate avverrà sulla base del tariffario regionale vigente. Le prestazioni eccedenti i budget assegnati non potranno in alcun modo essere remunerate e qualora fatturate, dovranno essere stornate con apposite note di credito di pari importo.

Per l'anno 2018 e seguenti le UU.OO. interessate e i Distretti opereranno, in modo sinergico, un costante sistematico monitoraggio e controllo sull'andamento delle prestazioni erogate dagli specialisti e/o strutture accreditate e sulla relativa spesa, oltre che sul rispetto delle condizioni contrattuali.

Semestralmente dovrà essere redatto apposito report da indirizzare al Responsabile della Corruzione e della Trasparenza e da pubblicare sul sito internet aziendale suddiviso per branca con l'indicazione dei flussi finanziari erogati sulla scorta delle prestazioni erogate dai privati accreditati.

Si confermano, anche per l'anno 2018, i criteri previsti nel Regolamento delle procedure di monitoraggio sulle prescrizioni in regime di farmaceutica convenzionata di cui alla deliberazione n. 2231/2016. In particolare, con il citato Regolamento è stata introdotta apposita procedura da seguire al fine di porre in essere tutte le misure relative al controllo quali – quantitativo delle prescrizioni con l'indicazione, altresì, di specifiche regole comportamentali del personale convenzionato.

## 21. Monitoraggio delle misure di contrasto alla Corruzione

La Determinazione n.12/2015 pone l'accento sulla necessità di dare evidenza al monitoraggio del Piano, ossia a come viene concretamente presidiata la sua implementazione, rendendolo una funzione specifica del complessivo processo di miglioramento organizzativo, fondamentale all'interno di un documento che prescrive sistemi di presidio dell'attività amministrativa.

Già la legge 190/2012 ed il PNA 2013 facevano esplicito riferimento a strumenti di monitoraggio, tempistiche e obblighi informativi nei confronti del Responsabile PCT, ma con la Determinazione n. 12 sopra citata si giunge ad un preciso inquadramento concettuale e metodologico in relazione al ruolo preventivo svolto dal Piano T.P.C.T.

Il PTPCT 2018-2020, in applicazione di quanto già previsto con il PTPC-PTTI 2017-2019, fa propria la ratio che attribuisce al Responsabile P.C.T. la funzione di monitoraggio della corretta

implementazione del Piano e l'adozione degli eventuali correttivi prevedendo la necessaria collaborazione con l'U.O. Controllo di Gestione e di tutte le altre UU.OO.CC. coinvolte.

Il coordinamento con il ciclo della performance, già previsto nei precedenti PTPC aziendali, contribuirà ad individuare i seguenti obiettivi di prevenzione su cui attivare un monitoraggio permanente e continuo:

- attivazione di processi formativi sui temi dell'anticorruzione per accrescere le competenze e rinforzare il senso etico;
- valutazione del rischio per ciascuna macro-area a rischio di corruzione di cui al P.N.A.;
- rotazione incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- iniziative di integrità;
- monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali;
- diffusione trasparenza e adempimenti obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente";
- attivazione dei processi formativi sui contenuti del Codice di Comportamento in funzione preventiva del rischio corruttivo;
- adeguamento degli atti dell'Amministrazione ai contenuti del Codice di Comportamento;
- monitoraggio dell'applicazione del Codice di Comportamento;
- monitoraggio segnalazioni provenienti dalla società civile e dai cittadini.

Il monitoraggio consente in primo luogo la verifica delle misure di trattamento del rischio in relazione ai requisiti che l'ANAC prescrive debbano avere: efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, sostenibilità economica e organizzativa, adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione, con riferimento a tempistica, responsabilità e indicatori. A tal fine, il presente Piano 2018/2020 raggruppa organicamente per tipologia le misure individuate, e organizza il monitoraggio per *pattern* di indicatori, seguendo la classificazione proposta nella Determinazione n.12/2015:

- misure di controllo;
- misure di trasparenza;
- misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- misure di regolamentazione;
- misure di semplificazione di processi/procedimenti;
- misure di formazione;
- misure di sensibilizzazione e partecipazione;
- misure di segnalazione e protezione;
- misure di disciplina del conflitto di interessi;
- misure di rotazione/affiancamento;
- misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari".

Particolare attenzione sarà posta nel definire il flusso delle informazioni necessarie per effettuare il monitoraggio, quale misura trasversale della Comunicazione interna finalizzata a sostenere l'implementazione delle specifiche misure di controllo del rischio, curando, laddove possibile, che i flussi siano standardizzati e creando un sistema di *alert* che, sul modello dell'evento *sentinella* utilizzato nel Risk Management, consenta l'immediata segnalazione di eventi imprevisti.

Si provvederà ad elaborare specifici report, schede, relazioni e segnalazioni al fine di acquisire informazioni e dati circa l'implementazione e l'efficacia delle misure, direttamente dalle UU.OO., al fine di dimostrare una generale e sostanziale tenuta del sistema di collegamento agli obiettivi di budget.

I responsabili di tutte le UU.OO., ad organizzazione aziendale effettuata, potranno essere coinvolti, direttamente o tramite i referenti, alla revisione /implementazione delle misure in atto oltre alla previsione di nuove, ritenute necessarie a seguito di sopravvenuti dettami normativi e/o per fatti che hanno coinvolto le attività del settore.

## 22. Misure trasversali

Questa sezione del Piano contiene le misure indicizzate nel PNA come "Misure obbligatorie e ulteriori", applicabili trasversalmente ai diversi settori di attività dell'Amministrazione.

Tra le misure trasversali, la **TRASPARENZA** assume particolare rilievo, per le innovazioni normative previste dai recenti documenti ANAC e che implementano il Piano, e pertanto sarà oggetto di specifica **SEZIONE**.

### 22.1 Codice di Comportamento

L'A.S.P. di Catania, al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, ha immediatamente applicato il D.P.R. n. 62/2013, pubblicando sul sito internet aziendale il proprio Codice di Comportamento.

Nel corso del 2018 si procederà all'aggiornamento del Codice, elaborandolo nell'ambito di un'attività di scambio tra l'Ufficio Procedimenti Disciplinari e il Responsabile P.C.T. Tale attività congiunta dovrà tenere conto, in ossequio a quanto disposto dalle Linee Guida dell'ANAC, di tutte le direttive ivi contenute, integrando in un unico testo le norme del DPR n.62/2013 e le specifiche sezioni caratterizzanti l'ambito sanitario dell'Ente e le problematiche più rilevanti dell'amministrazione in materia di comportamenti corruttivi, con il rimando ai documenti contenenti codici e regolamenti aziendali, che vi risultano in tal modo integrati o integrabili.

Il nuovo Codice di Comportamento aziendale, modificato ed integrato sulla scorta di quanto sopra citato, dovrà essere integrato anche sulla base dei contributi eventualmente forniti dal Comitato Consultivo Aziendale, e dovrà poi essere esaminato dall'OIV ai fini della definitiva adozione.

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

In applicazione delle indicazioni ANAC, Determina n.12/2015, dovrà, inoltre, essere esitato, in collaborazione con l'UO Formazione, il Regolamento sulla partecipazione dei dipendenti ad eventi sponsorizzati.

La sensibilità del Codice di Comportamento, in quanto misura del PTPCT, nel fare emergere le violazioni e sanzionarle è indice della sua capacità di contrastare il fenomeno corruttivo, intercettando i comportamenti a rischio.

Alla responsabilità dell'U.P.D. è rimessa la verifica nei casi di violazione del Codice di Comportamento, curando in particolare che risulti chiaro quali sono le autorità competenti allo svolgimento del procedimento e all'irrogazione delle sanzioni disciplinari anche nei confronti dei dirigenti.

Il Codice di Comportamento aziendale prevede espressamente l'obbligo di rispettare le misure contenute nel Piano Triennale P.C.T. dell'Azienda, di prestare collaborazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalare al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui si sia venuto a conoscenza.

Esso si applica a tutti i dipendenti e agli specialisti convenzionati interni dell'A.S.P. e prevede l'estensione anche nei confronti dei collaboratori e consulenti a qualsiasi titolo dell'amministrazione.

Ai sensi della L. n.190/2012, la violazione delle regole del Codice di Comportamento generale approvato con D.P.R. n.62/2013 e del Codice di Comportamento aziendale dà luogo a responsabilità disciplinare.

Negli schemi tipo di incarico, contratto, bando sarà inserita nel corso dell'anno 2018 a cura

dell'U.O.C. competente la clausola dell'osservanza del Codice di Comportamento, che costituisce condizione per i collaboratori interni ed esterni a qualsiasi titolo dell'Azienda, per i titolari di organo, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell'Azienda, per l'instaurarsi del rapporto di lavoro, prevedendosi, nel contempo, la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice.

## 22.2 Rotazione dei dipendenti.

Nell'ambito del PNA e del PTPCT aziendale la rotazione del personale è considerata misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

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

In ambito sanitario l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso dei titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di "expertise" consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi competenze specifiche (ad es. ingegneria, informatica, etc), ma anche nel caso di competenze acquisite, le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Conseguentemente l'attuazione della misura richiede:

- la preventiva identificazione degli Uffici, Servizi UU.OO. che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- l'individuazione delle modalità di attuazione della rotazione in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione, mediante adozione di criteri generali;
- la definizione dei tempi di rotazione;
- il criterio di rotazione, per quanto riguarda il conferimento degli incarichi dirigenziali, deve essere previsto nell'ambito dell'atto generali contenente i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali approvato dal Direttore Generale;

Il citato PNA 2016, introduce anche la distinzione tra rotazione ordinaria e straordinaria.

### **Rotazione, c.d. "ordinaria"**

La rotazione ordinaria del personale è espressamente richiamata nelle Linee Guida adottate dal Comitato Interministeriale, istituito con DPCM 16 gennaio 2013, come misura da valorizzare nella predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione.

L'art.1, comma 4, lett. e) della Legge n. 190/2012 dispone che spetta all'ANAC definire i criteri che le amministrazioni devono seguire per assicurare la rotazione del personale nei settori particolarmente esposti alla corruzione.

La misura della rotazione si applica a tutto il personale in servizio a tempo indeterminato e determinato; per il personale di altro tipo (specialisti ambulatoriali, collaboratori etc), il Direttore del Dipartimento/U.O./Presidio Ospedaliero/Sanitario interessato alla gestione dello stesso, provvederà, ove possibile, ad effettuare la rotazione similmente a quanto previsto per il personale dipendente e comunque ad applicare le misure di prevenzioni esistenti ed ulteriori previste nel presente Piano.

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva, attinenti al rapporto di lavoro, e a vincoli di natura oggettiva, connessi all'assetto organizzativo dell'Azienda.

- **Vincoli soggettivi:** l'adozione delle misure di rotazione sono compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati, soprattutto laddove le misure si riflettano esclusivamente nella modifica dell'U.O. di servizio del dipendente. Si fa riferimento a titolo esemplificativo ai diritti sindacali, alla legge 5 febbraio 1992 n. 104 (tra gli altri il permesso di assistere un familiare con disabilità) e al D.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (congedo parentale). Con riferimento all'applicabilità della misura di rotazione, solo se attuata tra sedi di lavoro differenti, nei confronti del personale dipendente che riveste il ruolo di dirigente sindacale, si ritiene necessaria, in conformità con i recenti orientamenti giurisprudenziali, una preventiva informativa da indirizzarsi all'Organizzazione Sindacale di appartenenza del dipendente con lo scopo di consentire a quest'ultima di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi;
- **Vincoli oggettivi:** la rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azienda amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Si tratta di esigenze già individuate dall'ANAC nella propria delibera n. 13/2015, per l'attuazione dell'art.1, commi 60 e 61, della Legge n. 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa. Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi può essere quello della c.d. infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settori o di particolari requisiti di reclutamento. La rotazione non si applica per le figure infungibili. Sono infungibili quelle figure per le quali è previsto il possesso di titoli di studio specialistico e/o di particolari abilitazioni possedute da una sola unità lavorativa non altrimenti sostituibile. Ne caso in cui si tratti di categorie professionali omogenee non si può invocare il concetto di infungibilità. In caso di competenze assolutamente infungibili, l'Azienda può optare per la c.d. "segregazione di funzioni" attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli (ad esempio, nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti). L'azienda in ultima analisi e in casi particolari può, altresì, mutare il profilo professionale di inquadramento del dipendente, nell'ambito delle mansioni equivalenti nell'area o qualifica di appartenenza, fermo restando il possesso dei relativi requisiti. Rimane sempre rilevante, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo. Nel caso in cui la rotazione sembrerebbe esclusa da circostanze dovute esclusivamente alla elevata preparazione di determinati dipendenti, l'Azienda programmerà adeguate attività di affiancamento propedeutiche alla rotazione.

### ***"Rotazione straordinaria" nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva***

Com'è noto, l'art. 16, co. 1., lett. l-quater) del d.lgs. 165/2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali *«provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.*

Per quanto attiene all'ambito oggettivo, e in attesa di chiarimenti da parte del legislatore, si riterrebbe di poter considerare potenzialmente integranti le condotte corruttive anche i reati contro la Pubblica amministrazione e, in particolare, almeno quelli richiamati dal D.lgs. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I «Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica amministrazione», nonché quelli indicati nel d.lgs. 31 dicembre 2012, n.235.

Oltre ai citati riferimenti, più in generale, l'A.S.P. di Catania potrà porre a fondamento della decisione di far ruotare il personale la riconduzione del comportamento posto in essere a condotta di natura corruttiva e dunque potranno conseguentemente essere considerate anche altre fattispecie di reato.

In ogni caso, l'elemento di particolare rilevanza ai fini dell'applicazione della norma, è quello della motivazione adeguata del provvedimento con cui viene disposto lo spostamento. Secondo quanto disposto dall'art. 1, co. 10, lett. b) della I. 190/2012, il RPCT deve verificare, d'intesa con il dirigente competente, «*l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione*».

Tale istituto era già stato previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n.165, c.d. Testo Unico sul pubblico impiego (dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) (lettera aggiunta dall'art. 1, co. 24, d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla I. 7 agosto 2012, n. 135), sia pure come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi.

L'A.S.P. di Catania, procederà ,con apposito regolamento entro il 30/06/2018, a disciplinare l'attuazione di tale misura.

Il documento, in conformità alle direttive ANAC contenute nel PNA 2016 (Delibera n.831/2016 ) dovrà prevedere

- a. l'individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione;
- b. la fissazione della periodicità della rotazione;
- c. le caratteristiche della rotazione, se funzionale o territoriale.

Sui criteri di rotazione l'Azienda è tenuta a dare preventiva e adeguata informativa alle organizzazioni sindacali. Ciò non comporta, comunque, l'apertura di una fase di negoziazione in materia.

Inoltre dovrà essere prevista una *Programmazione pluriennale della rotazione*. L'attuazione dovrà avvenire con gradualità al fine di limitare l'eventuale rallentamento dell'attività ordinaria, individuando la priorità di intervento, per non depauperare le conoscenze.

Il documento programmatico riguarderà tutto il personale dell'Azienda, (dirigenza e comparto ) con interventi sia nell'ambito dello stesso ufficio che tra uffici diversi, di tipo "funzionale" e/o "territoriale".

La mobilità e rotazione auspicate in tal senso dall'A.N.AC., ma non ancora previste da norme (escluso, l'art. 30, co. 1, del d.lgs. 165/2001, come novellato dal d.l. 90/2014, che prevede, da parte delle amministrazioni, la possibilità di ricoprire i posti vacanti in organico mediante passaggio diretto di dipendenti), consentirebbe la rotazione tra amministrazioni, valorizzando forme aggregative attraverso convenzioni fra le aziende sanitarie limitrofe.

Come per tutte le attività previste e programmate nel P.T.P.C.T., è necessario indicare modalità e tempi del monitoraggio del RPCT riguardo all'attuazione delle misure di rotazione previste e al loro coordinamento con le misure di formazione. Sarà cura del RPCT, nella relazione annuale, esporre il livello di attuazione delle misure di rotazione e delle relative misure di formazione, motivando gli eventuali scostamenti tra misure pianificate e realizzate. Il Regolamento dovrà , infine, prevedere le sotto elencate misure:

- previsione del criterio di rotazione nell'ambito degli avvisi interni di selezione per il conferimento di incarichi dirigenziali;
- previsione, nell'ambito dei singoli contratti di conferimento di incarichi dirigenziali, della revoca o dell'assegnazione ad altro incarico a seguito di avvio di procedimento disciplinare o penale per fatti di natura corruttiva;
- previsione di modalità organizzative a livello di singola struttura al fine di definire, secondo un criterio di rotazione, la composizione delle diverse équipes, gruppi o commissioni comunque deputate ad attività ispettive, di vigilanza o di controllo.

In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.



Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di esperienze consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Il principio della rotazione deve comunque essere un obiettivo effettivo, documentabile e pertanto verificabile. La rotazione va quindi vista come una condizione prospettica da costruire attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati verso questa direzione (es. pianificazione pluriennale delle esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità) e collegati ai sistemi di gestione interni all'azienda sanitaria.

Nel 2017 la misura della rotazione, pur essendo stata prevista ed individuata quale obiettivo, non ha di fatto trovato applicazione in considerazione sia della carenza di personale, dirigenziale e del comparto a causa del blocco delle assunzioni, sia a causa di ragioni direttamente collegate alla non completa attuazione della nuova organizzazione aziendale.

## 22.3 I Regolamenti aziendali

L'Azienda, al fine di determinare apposita disciplina di una serie di aspetti ritenuti pregnanti della propria attività, nonché suscettivi di creare situazioni di discrezionalità o di molteplicità interpretative, ha redatto una serie di atti Regolamentari, pubblicati nella sezione del Link " amministrazione trasparente" denominata Atti generali - Regolamenti aziendali.

Tra questi assumono una rilevanza peculiare sotto il profilo della prevenzione:

- Gestione del magazzino tecnica contabile e procedura informatizzata;
- Regolamento aziendale di contabilità generale;
- Regolamento dell' attività di riscossione delle casse aziendali;
- Regolamento per il conferimento degli incarichi ai sensi dell' art. 7 comma 6 del D.L.gs n. 165/01;
- Regolamento per la disciplina dell'attività libero professionale;
- Regolamento per la tutela e la salute dei lavoratori;
- Regolamento sulla certificazione del credito;
- Regolamento attuativo sui procedimenti amministrativi;
- Codice Etico;
- Regolamento inventario sui beni mobili e immobili;
- Regolamento albo pretorio *on line*;
- Regolamento Comitato aziendale valutazione sinistri;
- Regolamento per la tutela del dipendente che segnala l'illecito;
- Regolamento per la gestione delle scorte e rotazione delle stesse nei magazzini delle farmacie ospedaliere e territoriali;
- Regolamento che introduce la tecnica contabile e la procedura informatizzata per la gestione dei magazzini delle farmacie ospedaliere e territoriali;
- Regolamento delle procedure di monitoraggio sulle prescrizioni in regime di farmaceutica convenzionata;
- Regolamento aziendale per l'attribuzione delle fasce retributive

## 22.4 Misure di prevenzione ulteriori: adozione di nuovi Regolamenti/ Linee Guida/ Procedure

Al fine di rendere maggiormente trasparente l' organizzazione aziendale, nonché consentire un approccio sistemico alle diverse attività dando evidenza e specifica disciplina a tutta una serie di attività ritenute pregnanti e significative, dovranno essere adottati, a cura dei Settori

competenti, i seguenti Regolamenti:

- Regolamento sulle sponsorizzazioni ( Affari Generali);
- Aggiornamento Codice di Comportamento ( UPD);
- Regolamento sulle donazioni (Facility Management/Patrimonio);
- Regolamento sull' autorizzazione ad incarichi esterni ai dipendenti (Gestione Risorse Umane);
- Regolamento per il conferimento di incarichi interni ( gestione Risorse Umane)
- Regolamento per la ripartizione delle quote di partecipazione a progetti autorizzati dalla Direzione Generale ( Staff Direzione generale;
- Regolamento su accesso civico ( AA.GG./ Servizi Legali);
- Manuale protocollo informatico ( AA.GG.);
- Regolamento su rotazione del personale ( Risorse Umane);
- Procedura su controllo antiriciclaggio ( Eco- Fin);
- Regolamento sperimentazioni cliniche ( Staff Direzione Generale);
- Pillole di Trasparenza e legalità ( Ciascuna UU.OO. per competenza);
- Report comodati d' uso ( Facility);
- Regolamento Formazione Commissioni Tecniche ( Provveditorato/ Tecnico);
- Linee guida per la redazione dei capitolati di gara ( Provveditorato/ Tecnico);
- Sezione dedicata ai Reclami inserita all' interno del link " amministrazione trasparente" (CED/ URP)

Si procederà altresì, a cura delle UU.OO. competenti, all' eventuale aggiornamento di tutti i Regolamenti vigenti qualora necessario per il loro adeguamento alla prevenzione di fenomeni corruttivi.

## 22.5 Conflitto di interessi.

I dipendenti dell'A.S.P. di Catania, ai sensi dell'art.1, comma 41, della L. n. 190/2012, che ha introdotto l'art.6 bis nella L. n. 241/90, rubricato "Conflitto di interessi", sono tenuti a prestare massima attenzione alle situazioni di conflitto di interesse, che la legge ha valorizzato con l'inserimento di nuove e specifiche disposizioni in materia di procedimento amministrativo e nei Codici di Comportamento della pubblica amministrazione.

A tal fine:

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

In applicazione della Determina ANAC n.12/2015 e delle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli Enti del SSN", l'Azienda dovrà dedicare particolare attenzione al conflitto di interessi, introducendo più specifici accorgimenti in rapporto allo specifico contesto di riferimento e al verificarsi di episodi che potranno richiedere un maggiore controllo del rischio correlato all'applicazione della misura.

Rientra, ad esempio, tra tali accorgimenti l'integrazione all'art. 6 del DPR 62/2013, che recita *"Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni nelle situazioni di conflitto (...), non solo ove tale conflitto sia attuale, ovvero potenziale, ma anche nei casi in cui esso sia apparente, diretto o indiretto, dandone comunicazione ai Dirigenti Responsabili della U.O. di appartenenza"*.

In coerenza con gli obblighi previsti dal Codice di Comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, le successive indicazioni dell'ANAC e il PNA 2016, il PTCPT 2018-2020 dovrà prevedere che sia applicata a tutte le aree di rischio la misura della compilazione dell' apposita dichiarazione di sussistenza/insussistenza di conflitto, in merito agli interessi e/o alle relazioni che possono

coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali con particolare riferimento in materia di farmaci, dispositivi, tecnologie e tecnologie biomedicali, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Sull'applicazione di tale misura sono previsti due livelli di controllo che costituiscono misure ulteriori: il monitoraggio tramite verifica effettuata dal Direttore dell'Unità Operativa sulle dichiarazioni rese dai dipendenti e, ove presente un Direttore di Dipartimento, un'ulteriore verifica a campione sul monitoraggio effettuato.

I Direttori delle UU.OO. dovranno rilevare e comunicare, con cadenza annuale, la sussistenza di eventuali conflitti di interesse verificatisi nelle UU.OO. di competenza, le ragioni che hanno determinato l'obbligo di astensione ed i conseguenti adempimenti adottati.

Oltre alle verifiche previste dalle misure del PTPCT, il RPCT pianificherà un ulteriore controllo avvalendosi della Commissione Ispettiva dell'Azienda.

L'A.S.P. di Catania intende, poi, adottare la misura della compilazione, con cadenza annuale, della "dichiarazione pubblica di interessi" mediante la modulistica standard predisposta da AGENAS: a tale scopo sarà cura del Responsabile della Corruzione informare e coinvolgere i dirigenti appartenenti all'area sanitaria e tecnico-amministrativa tenuti all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, e nel corso del 2018 sarà implementato il sistema. Tali modelli di dichiarazione, introdotti dal *management* aziendale per assicurarne la conforme adozione, saranno utilizzati dal RPCT per incrementare il flusso di informazioni su cui poter orientare le attività di controllo.

## 22.6 Attività ed incarichi extraistituzionali.

Il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale. La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questi motivi, la L. n.190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001.

Per disciplinare il conferimento degli incarichi extraistituzionali l'A.S.P. di Catania intende elaborare un apposito Regolamento aziendale.

## 22.7 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali.

Il D.Lgs. n.39/2013, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico", ha disciplinato delle particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza e delle ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione

Nel Decreto si definisce "inconferibilità" la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni o esterni a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del libro II del Codice Penale anche con sentenza non passata in giudicato;

- che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- che siano stati componenti di organo di indirizzo politico.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del D. Lgs. n. 39/2013.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata. Nel caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il RPCT è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, dichiarazione sostitutiva che deve essere pubblicata sul sito dell'Azienda (art. 20 D.Lgs. n. 39/2013), a cura della U.O.C. Gestione Personale Dipendente, secondo il modello predisposto dall'Assessorato della Salute.

A tal fine, il Direttore della UOC Gestione Personale Dipendente è tenuto ad assicurare che:

- negli interpellanti per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità all'atto del conferimento dell'incarico.

La dichiarazione resa è pubblicata nel sito dell'Azienda e costituisce condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico (art. 20 d.lgs. n. 39/2013).

Con Delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario", l'ANAC ha stabilito che *"Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39."*

In tale contesto normativo, il Direttore UOC Gestione Risorse Umane acquisisce, annualmente e/o al momento del conferimento dell'incarico, quale misura ulteriore, la succitata dichiarazione oltre che del Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, anche dei Direttori delle UU.OO.CC. e delle UU.OO.SS. a valenza dipartimentale, al fine di verificare eventuali situazioni di inconferibilità di incarichi in caso di condanna con sentenza anche non passata in giudicato per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Ai sensi dell'art. I del D.Lgs. n.39/2013, per *"incompatibilità"* si intende *"l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico"*.

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

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

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il RPCT effettua una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art.19 D.Lgs. n.39/2013).

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

Il controllo deve essere effettuato:

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

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

In riferimento all'art.20, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, i soggetti interessati sono tenuti a rendere la dichiarazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità annualmente.

La dichiarazione deve altresì essere resa tempestivamente all'insorgere della causa di incompatibilità, al fine di consentire l'adozione delle conseguenti iniziative da parte dell'Azienda.

La dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda (art. 20 D.Lgs. n.39/2013).

L'A.S.P. di Catania, preso atto della Delibera dell'A.N.AC. n.149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario", acquisirà, con cadenza annuale, la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità ostative al mantenimento dell'incarico da parte del Direttore Generale, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

## 22.8 Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità.

La vigilanza sull'osservanza delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità è demandata al RPCT e all'ANAC.

Al RPCT, come detta l'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013, è assegnato il compito di contestare la situazione di inconferibilità o incompatibilità e di segnalare la violazione all'ANAC.

Qualora il RPCT venga a conoscenza del conferimento di un incarico in violazione delle norme del d.lgs. n. 39/13 o di una situazione di incompatibilità, deve avviare un procedimento di accertamento. Nel caso di una violazione delle norme sulle inconferibilità, la contestazione della possibile violazione va fatta nei confronti tanto dell'organo che ha conferito l'incarico quanto del soggetto cui l'incarico è stato conferito.

Fermo restando che la dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità costituisce condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co.4 del d.lgs. n. 39/2013), il procedimento di conferimento dell'incarico si perfeziona solo all'esito della verifica, da parte della UOC Stato Giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane, sulla dichiarazione resa dall'interessato, da effettuarsi anche tenendo conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae allegato alla predetta dichiarazione e dei fatti notori comunque acquisiti. L'istruttoria svolta ai fini della verifica della dichiarazione viene valutata dal RPCT e dall'ANAC nell'ambito del procedimento sanzionatorio di cui all'art. 18 d.lgs. n. 39/2013.

Nella Delibera n. 833 del 3 agosto 2016 "*Determinazione Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili*" sono indicate le modalità dell'Attività di verifica del RPCT sulle dichiarazioni concernenti la insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità, l'attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC, le conseguenze del mancato adeguamento da parte del RPCT e il potere di ordine dell'Autorità.

## 22.9 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantafoulage – Revolving doors).

La Legge n.190/2012 ha introdotto un nuovo comma (16 ter) nell'ambito dell'art.53 del D.Lgs. n.165/2001, volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

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

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

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

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

Al fine di garantire l'esatto rispetto della delineata normativa;

- il Direttore della U.O.C. Stato Giuridico dovrà assicurare che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- i Direttori delle UU.OO.CC. Approvvigionamenti, Progettazione e sviluppo strutturale, AA.GG. sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, nei contratti/convenzioni con le strutture private accreditate, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad *ex* dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;

All'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti anche tutti gli altri Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;

## 22.10 Assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la Pubblica Amministrazione.

La Legge n.190/2012, in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione, ha introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, anticipando la tutela al momento della individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.

Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del D.Lgs. n.165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

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

- a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*
- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;*
- c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.*

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

Inoltre, il D.Lgs. n.39/2013 ha previsto, come già sopra specificato, un'apposita disciplina riferita alle inconferibilità di incarichi dirigenziali e assimilati

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art.17 del D.Lgs. n.39/2013.

A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art.18 del medesimo decreto.

A norma del D.Lgs. n.39/2013:

- in generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato;
- la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui svolgano funzioni dirigenziali o siano titolari di posizioni organizzative);
- in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;

- la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il RPCT effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

I Direttori della U.O.C. Progettazione e sviluppo Strutturale, Approvvigionamenti, Stato Giuridico, programmazione e acquisizione delle risorse umane dell'A.S.P. di Catania, in base alla rispettiva competenza, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di situazioni di specie, sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi .

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art.46 del D.P.R. n. 445/2000 (art.20 D.Lgs. n.39/2013)..

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art.17 del D.Lgs. n.39/2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art.18 del medesimo decreto.

A tal fine, I Direttori della U.O.C. Progettazione e sviluppo strutturale, Approvvigionamenti e Stato Giuridico dell'A.S.P. di Catania, in base alla rispettiva competenza, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche sono tenuti, in presenza di situazioni di specie:

- a effettuare i controlli sui precedenti penali ed a porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- ad assicurare che negli interPELLI per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- a proporre al Direttore Generale gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.

## 22.11 Whistleblower. Strumenti di tutela in favore del dipendente che denuncia illeciti.

L'art. 8, comma 6, del Codice di Comportamento dei dipendenti dell' A.S.P. di Catania, nel rispetto del disposto dall'art. 54 bis del D.Lvo 165/2001, introdotto dall'art. 1 comma 51 della L. n 190/2012, prevede specificamente il divieto di discriminazione nei confronti del dipendente che segnala illeciti all'interno dell'A.S.P.(whistleblower), assicurando che la denuncia sia sottratta al diritto di accesso, fatta esclusione per quanto previsto nel comma 2 del citato art. 54 bis, ovvero che l'identità del segnalante possa essere rivelata solo ove la sua conoscenza sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.

Ferme restando le disposizioni di legge, che obbligano da un lato il dipendente pubblico a denunciare al proprio superiore gerarchico o alla magistratura eventuali situazioni illecite di cui sia venuto a conoscenza per motivi di lavoro, e dall'altro lo tutelano contro l'ingiusto licenziamento (art. 18 dello statuto dei lavoratori), il nuovo contesto introduce un sistema di garanzie di tutela, tese ad evitare anche ritorsioni o abusi "minori", ed include tra le condotte illecite segnalabili anche le violazioni del Codice di Comportamento.

Il Codice di Comportamento individua infatti specificamente quale misura discriminatoria ogni forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili avviata nei confronti del dipendente che ha effettuato segnalazioni.

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



La procedura whistleblower introduce canali privilegiati e diretti che non obbligano a seguire la gerarchia interna, in quanto la segnalazione viene inoltrata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e non attiva immediatamente un procedimento, bensì costituisce un elemento di valutazione che deve essere riscontrato e qualificato giuridicamente dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

I responsabili delle UU.OO. interessate, in piena autonomia e segretezza, potranno in essere sinergicamente tutte le azioni necessarie ad esperire l'istruttoria, nel pieno rispetto delle regole interne e delle disposizioni di legge in materia penale, tributaria o amministrativa. È importante che gli obblighi di riservatezza siano previsti a carico di tutti coloro che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione e di coloro che successivamente venissero coinvolti nel processo di gestione della segnalazione.

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

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

L'Azienda nel 2018, sulla scorta anche della Determinazione ANAC n.6/2015 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)", dovrà completare il ventaglio delle diverse procedure previste dalle norme per tutelare chi segnala illeciti: nel 2016 e 2017 erano già attuabili le segnalazioni whistleblowing con documento cartaceo e per e-mail. Nell'ambito del PTPC 2018-2020 dovrà essere adottato un apposito Regolamento e implementato il Sistema informativo dedicato con garanzia di anonimato, quale ulteriore misura al fine di garantire la tutela del segnalante, mediante il quale la scheda di segnalazione, redatta secondo lo schema adottato dalla Funzione Pubblica, può essere compilata e inoltrata on-line in forma riservata e criptata. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è tenuto ad annotare tutte le segnalazioni e i relativi atti in un registro informatizzato riservato. La procedura informatizzata dovrà essere implementata nel sito intranet dell'A.S.P. e resa fruibile a tutti gli operatori mediante accesso da qualsiasi computer collegato alla rete aziendale. Sul sito web dovranno inoltre essere pubblicati sia la modulistica che il regolamento whistleblowing, che dovrà prevedere e riguardare tutti i canali di segnalazione (cartacei, per e-mail, on-line), e la possibilità di inoltrare direttamente la segnalazione all'ANAC.

## 22.12 La formazione in materia di anticorruzione e trasparenza.

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione, per il ruolo strategico che i percorsi formativi rivestono nel sostenere i processi culturali, le innovazioni organizzative, l'aggiornamento dei contenuti della professione. In tema di anticorruzione, la programmazione formativa dell'A.S.P. è finalizzata a raggiungere i seguenti obiettivi:

- l'attività amministrativa svolta da soggetti consapevoli con la conseguente riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la creazione della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- la creazione di competenze specifiche per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- la creazione di competenze specifiche in materia di trasparenza e di obblighi di pubblicazione;

- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;

La programmazione formativa in materia di anticorruzione è improntata alle indicazioni fornite dall'ANAC: organicamente inserita nel Piano Formativo Aziendale, è strutturata ed erogata in base a criteri definiti dal RPC e comunicati al Responsabile dell'UO Formazione.

La formazione generale comprende una sezione ad hoc per il Codice di Comportamento ed è finalizzata a diffondere i contenuti dell' anticorruzione al personale, dando priorità ai soggetti più direttamente coinvolti nell'azione del RPCT e ai dirigenti e ai dipendenti delle aree a rischio.

Altra formazione specialistica è dedicata ai Servizi afferenti alle aree individuate dalle direttive dell'ANAC: le Unità Operative Approvvigionamenti, Progettazione e sviluppo strutturale, i Dipartimenti di Prevenzione medica e di Prevenzione Veterinaria, di concerto con l'Unità Operativa Economico- Finanziario e Patrimonio la formazione a supporto dei PAC aziendali.

Il piano formativo 2018 in ambito di trasparenza e anticorruzione, formulato sulla base dei bisogni formativi individuati dal RPC comprende i due diversi livelli già implementati:

- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, che tempera l'approccio contenutistico, finalizzato a veicolare conoscenze e competenze, anche in relazione al Codice di Comportamento e alla Trasparenza, con l'approccio valoriale, centrato sulle tematiche dell'etica e della legalità che progressivamente raggiunga tutti i dipendenti, a partire dalle aree a rischio;
- livello specifico sia per figure professionali, sia per settori di attività, sia per aspetti particolari del Codice di Comportamento, rivolto al Responsabile della Prevenzione, al suo gruppo di supporto, ai referenti, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, finalizzato ad esaminare ed affrontare problematiche concrete di prevenzione della corruzione nel contesto di attività specifiche. Gli incontri formativi in house saranno programmati in particolare per accompagnare alla corretta compilazione della modulistica sulla dichiarazione pubblica del conflitto di interessi e per sostenere i processi di mappatura e gestione del rischio delle unità operative che hanno dimostrato difficoltà in merito.

Sempre in house sono programmati specifici interventi di formazione/informazione in merito alla rotazione e a specifiche tematiche del D. Lgs. n.97/2016, in particolare sull'accesso civico generalizzato e sugli aspetti tecnici e normativi relativi agli obblighi di pubblicazione.

## 22.13 Patto di integrità.

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

L'A.V.C.P., con determinazione n.4/2012, 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, 8.5.2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066).*" Pertanto:

1. nelle procedure di gara per la fornitura di beni/servizi e per l'esecuzione di lavori dell'ASP di Catania, a pena di esclusione, le Ditte partecipanti sottoscriveranno il Patto di Integrità secondo modello predisposto dall'Azienda che dovrà essere presentato in uno alla documentazione necessaria per la partecipazione alla procedura predetta;
2. negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito dovrà essere inserita la clausola che il mancato rispetto del patto d'integrità sottoscritto dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto;
3. la mancata previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito della predetta clausola di salvaguardia, e/o la mancata verifica della sottoscrizione del Patto d'integrità costituiscono violazioni dei doveri del pubblico dipendente.

## 22.14 Rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti.

La legge n.190/2012 è intervenuta anche sulla disciplina del procedimento amministrativo prevedendo, all'art.1, comma 9 lettera d), quale misura trasversale prevista nel PTPC la necessità *"di monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti"*

Relativamente alle conseguenze per il ritardo dell'Amministrazione nella conclusione del procedimento la Legge n.241/1990, inoltre, prevede all'art 2 bis oltre al risarcimento previsto dal comma 1, anche un indennizzo per il mero ritardo (comma 1 bis) (introdotto dall'art 28 della legge n.98/2013 (decreto del fare) .

I Responsabili UU.OO.CC. individuano i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza e provvedono al monitoraggio periodico del loro rispetto con cadenza quadrimestrale, avendo cura anche di trasmettere le risultanze al RPCT mediante reports all'uopo predisposti.

## 23. Cronoprogramma.

Il cronoprogramma allegato al presente Piano costituisce un documento dinamico soggetto, pertanto, ad aggiornamento progressivo anche sulla base dell'esperienza che si maturerà nel tempo e dei cambiamenti organizzativi aziendali che, inevitabilmente, coinvolgeranno anche le aree di rischio individuate.

Al momento attuale si prevede, nel triennio, di sviluppare le seguenti attività:

<b>Tempistica</b>	<b>Attività</b>	<b>Soggetto competente</b>
25 Gennaio 2018	Trasmissione della bozza del P.T.P.C.T. 2018/2010 al D.G.	RPCT
31 Gennaio 2018	Delibera Adozione del P.T.P.C.T.	Direttore Generale
Prima data utile di pubblicazione all'Albo dell'A.S.P.	Pubblicazione sul sito web aziendale del P.T.P.C.T. Comunicazione all'Assessorato Regionale della Salute dell'avvenuta adozione e pubblicazione del P.T.P.C.T.	Ufficio RPCT Direttore Generale
Immediatamente successiva alla pubblicazione all'Albo dell'A.S.P.	Comunicazione a tutti i dipendenti	Direttore Generale e RPCT
Data di assunzione dei dipendenti	Consegna del P.T.P.C.T. al momento dell'assunzione	Responsabile U.O.C. Gestione Personale Dipendente
30 aprile 2018	Predisposizione Regolamento per la Rotazione del Personale	RPCT d'intesa con il Responsabile dell'U.O.C. Gestione giuridica personale
31 Maggio 2018/2019/2010	Rilevazione del rispetto dei termini previsti dalla legge e regolamenti per la conclusione dei procedimenti	Responsabili UU.OO.CC.
30 Giugno 2018/19/20	Primo monitoraggio sull'applicazione delle misure e sull'efficacia del PTPCT	Responsabili UU.OO.CC. e RCPT
30/06/2018	Ricognizione eventuali bisogni formativi in materia di trasparenza e anticorruzione	Responsabili UU.OO.CC. e RCPT
30/09/2018	Predisposizione delle Linee Guida per dare attuazione all'integrazione del Ciclo della Performance	OIV, Responsabile CPT, Direzione Aziendale, Controllo di Gestione
30/10/2018	Predisposizione procedura aziendale attuativa dell'art.55octies D.lgs n. 165/2001 in materia di idoneità/inabilità dei dipendenti aziendali	Responsabili UU.OO.CC., Responsabile CPT
30/10/2018/2019/2020	Controllo Attività Libero Professionale e Liste di attesa	Responsabile U.O.C. AA.GG., Economico – Finanziario e Patrimoniale, Controllo di Gestione, Responsabile CPT
31/12/2018	Revisione manuale protocollo informatico	U.O.C. Ingegneria Informatica
31/12/2018	Regolamento per la ripartizione delle quote di partecipazione a progetti autorizzati dalla Direzione aziendale	Staff Direzione Generale
31/12/2019	Linee guida per la redazione dei capitolati di gara	U.O.C. Provveditorato/Tecnico
31/12/2018/2019/2020	Procedura su controllo anticiclaggio	U.O.C. Economico Finanziario e Patrimoniale
31/12/2018	Regolamento sulle sponsorizzazioni	U.O.C. AA.GG.
31/12/2018	Regolamento sulle donazioni	U.O.C. Facility Management
31/12/2018	Regolamento relativo ai criteri da seguire nel caso di idoneità relativa e assoluta del personale dipendente ai sensi del D.lgs n. 165/2001	U.O.C. Gestione del Personale

Per la effettuazione delle verifiche previste dal sopra riportato Cronoprogramma, saranno appositamente predisposte schede e/o reports per i soggetti interessati ai monitoraggi e trasmessi agli stessi in tempo utile a garantire il rispetto della relativa tempistica.

Durante il corso dell'anno, potranno essere previsti ulteriori monitoraggi sullo stato di avanzamento degli obiettivi, al fine di intraprendere tempestivamente eventuali azioni correttive.

## 24. Sezione Trasparenza.

La trasparenza è indicata espressamente dal PNA quale prima misura di prevenzione del rischio corruttivo, ed occupa un particolare spazio nella complessiva strategia preventiva in ragione non solo del suo carattere trasversale, ma soprattutto per il complesso di normative e di regolamentazioni in materia. Come suggerito dalle norme in materia, ed in linea di continuità con i precedenti Piani dell'Azienda, costituisce sezione del P.T.P.C.T. 2018-2020 che collega gli obiettivi della trasparenza con quelli contenuti negli altri documenti strategici dell'Azienda e col ciclo della performance.

Di seguito è presentato il documento organizzativo dell'ASP di Catania, comprendente modalità, contenuti, strumenti e tempistica mediante i quali l'Azienda adotta e applica le misure di trasparenza nella propria azione amministrativa, completato dall'Allegato 2 "Elenco degli obblighi di pubblicazione - Sezione Amministrazione Trasparente", che ne costituisce parte integrante.

### 24.1 Premessa

La predisposizione della presente sezione recepisce quanto previsto dal D.Lgs n. 33 del 2013 e ss.mm.ii., avente ad oggetto: *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"* ed in particolare:

- a. dall' art 1 c. 1 secondo cui *" La trasparenza e' intesa come accessibilita' totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attivit  amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche;*
- b. dall' art 1 c. 2 in cui si legge che *" La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialita', buon andamento, responsabilita', efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrita' e lealta' nel servizio alla nazione. Essa e' condizione di garanzia delle liberta' individuali e collettive, nonche' dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino".*

Il decreto, nella sua originaria formulazione, aveva gi  complessivamente operato una sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi, ed aveva disciplinato per la prima volta l'istituto dell'accesso civico (art. 5 c.1 ), come diritto di chiunque di richiedere la Responsabile della Trasparenza, la pubblicazione di atti dovuti, senza alcuna limitazione n  motivazione, nonch  il ricorso, in caso di mancata risposta, al titolare del potere sostitutivo di cui all' art. 2 comma 9 bis della L. n. 241/90.

Esso, con le modifiche e integrazioni di cui al D.Lgs n. 97 del 2016 ha, tra l' altro, oggi introdotto il c.d. accesso civico generalizzato, disciplinato dall' art. 5 c.2 secondo il quale: *chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis".*

Si tratta di una modalit  di assunzione di informazioni sull' attivit  della Pubblica Amministrazione molto pi  ampia, limitata solo da specifiche cause di esclusione , nonch  dalla tutela di interessi pubblici e privati.

Sotto l' attuale regolamentazione, la Trasparenza rappresenta ancor pi  e ancor meglio, lo strumento principale di partecipazione dei cittadini all' attivit  della Amministrazione ed   funzionale a tre scopi:

1. assicurare la conoscenza con funzione informativa, da parte dei cittadini, dei servizi resi dall' amministrazione, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché delle loro modalità di erogazione;
2. sottoporre a controllo diffuso ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento anche attraverso dinamiche interattive con l' utenza;
3. prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l' integrità, evitando il ricorso a procedure prive della dovuta evidenza e riscontrabilità.

L' Azienda ha ormai recepito ed applicato i seguenti principi generali:

- a. superamento della logica dell' adempimento normativo a favore dell' autonoma iniziativa delle amministrazioni;
- b. sviluppo delle connessioni tra PTPCT e Piano della Performance;
- c. pieno coinvolgimento degli *stakeholder* interni e esterni nel processo di elaborazione del Piano e opportunità della rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti;
- d. sistematizzazione del novero dei dati da pubblicare anche in funzione di una maggiore fruibilità da parte degli *stakeholder* interni ed esterni dell'Amministrazione adeguandosi anche alle modifiche normative e alle indicazioni dell' ANAC;
- e. attenzione alla utilizzabilità effettiva e alla qualità dei dati pubblicati e previsione di misure per la rilevazione del grado di utilizzazione degli stessi;
- f. predisposizione ed attuazione di iniziative volte a favorire la cultura dell' integrità e la promozione della legalità ( Pillole per la Trasparenza);
- g. implementazione e sviluppo dei sistemi di monitoraggio sull'attuazione del Piano;
- h. pieno coinvolgimento della Direzione strategica e dei dirigenti responsabili dell'individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati e delle iniziative in materia di trasparenza e integrità;
- i. garanzia di un livello massimo di attenzione alla trasparenza stante la funzione cruciale di strumento di prevenzione di fenomeni corruttivi, attraverso la sistematizzazione e diffusione di processi e attività,
- j. promozione di maggiori livelli di trasparenza che, ai sensi dell' art 10 co.3 del D.L.gs n. 33/13 novellato, costituisce obiettivo strategico dell' amministrazione.

Questa Amministrazione infatti, sin dal 2013, con la prima edizione del Programma, ha consolidato un atteggiamento di apertura e disponibilità ad un controllo pubblico sul proprio operato accedendo ad una logica di *Open Government che* metta al centro la comunicazione, il contatto e la collaborazione con i cittadini, focalizzando i processi decisionali sulle effettive esigenze e necessità del contesto di riferimento.

I tratti distintivi dell'*Open Government* infatti sono:

- a. centralità del cittadino,
- b. amministrazione partecipata e collaborativa,
- c. trasparenza, apertura dei dati e delle informazioni, comprensibilità degli stessi e loro condivisione attraverso le nuove tecnologie digitali (Internet e il Web).

In particolare nell' Azienda sanitaria, l'accessibilità e comprensibilità delle informazioni diventa compiuta quando il cittadino utente è messo in condizione di individuare agevolmente e in modo chiaro il luogo e la modalità di erogazione del servizio e/o della prestazione (Carta dei servizi, liste d' attesa, criteri di determinazione delle stesse, organizzazione aziendale, dati sui pagamenti della P.A., Costi contabilizzati, Piano esiti).

In questo senso, la "evoluta" nozione di trasparenza si muove su tre piani tra loro collegati:

- a. una posizione soggettiva garantita al cittadino;
- b. un risultato che l'Azienda è chiamata a perseguire
- c. uno strumento di gestione della *res publica* per garantire il "miglioramento continuo" nell'uso delle risorse e nell'erogazione dei servizi al pubblico.

L' espletamento degli obblighi di trasparenza sempre di più diviene strumento operativo, misura di prevenzione della corruzione e modalità comportamentale dell'agire amministrativo, di cui costituisce regola comprimibile solo in relazione ad ipotesi precise e determinate.

Il cittadino è posto in tal modo nella condizione di essere facilitato alla conoscenza dei flussi informativi.

A tal fine, questa Azienda, portando avanti un percorso ormai consolidato di attenzione e realizzazione sistemica degli strumenti, intende rendere ancor più tracciabili i percorsi di individuazione, produzione, elaborazione, e trasmissione dei dati.

Inoltre, tutti i Settori amministrativi, saranno tenuti ad elaborare le cosiddette "Pillole della Trasparenza" aventi la funzione di rendere conoscibili attività e adempimenti sia nei confronti dell'utenza che dei dipendenti.

Certamente, tuttavia, il diritto alla Trasparenza va temperato e bilanciato con quello alla privacy come tutelato dal D.lgs.196/2003, anche tenendo conto delle disposizioni di cui *"Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati"*, tenendo fermi anche i principi di pertinenza e di non eccedenza ed escludendo comunque dati che potrebbero rilevarsi come "sensibili".

## 24.2 I contenuti della sezione

La struttura delle informazioni previste sul sito nell' apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente", è stata organizzata in sottosezioni all'interno delle quali sono inseriti i documenti, le informazioni e i dati previsti dal Decreto legislativo n. 33/2013, con le modifiche e le integrazioni di cui al D.L.gs n. 97/16, nonché secondo quanto esplicitato progressivamente nelle delibere e determinazioni dell'ANAC, nell'aggiornamento al PNA 2016.

Muovendo da questa strutturazione, l'Azienda mantiene costante l'impegno a garantire l'imparzialità, l'efficienza e la semplificazione dell' azione amministrativa.

A tale scopo :

- a. utilizza efficacemente le tecnologie della informazione e della comunicazione;
- b. rispetta i criteri di accessibilità, completezza di informazione, chiarezza, affidabilità, semplicità, omogeneità e interoperabilità;
- c. adotta tutti i regolamenti, le procedure, i provvedimenti, per garantire e rendere facile il diritto di accesso da parte dei cittadini ed altri soggetti aventi diritto;
- d. aggiorna periodicamente le categorie dei documenti eventualmente sottratti all'accesso;
- e. pubblica nel sito web dell'Azienda tutte le informazioni atte a divulgare notizie sulle attività, le modalità di accesso, l'organizzazione e gli obiettivi, secondo le periodicità e le tempistiche previste per legge o dell' utilità dell' informazione;
- f. pubblica i dati relativi ai servizi da essa forniti per consentirne la valutazione, garantendo i principi delle responsabilità e della rendicontazione sociale;
- g. rende trasparenti i rapporti con terzi fornitori;
- h. applica integralmente i principi di trasparenza al proprio ciclo della performance
- i. persegue la piena integrità nelle relazioni interne e con i terzi secondo i dettami della legge n. 190/12 e del d.lgs n 33/2013 ss.mm.ii., nonché di ulteriori disposizioni di settore nazionali e/o regionali.

Al fine di consentire la massima esplicazione dell'accesso civico, espressamente disciplinato dall'art. 5 del D.L.gs n. 33/13, i dati la cui pubblicazione è obbligatoriamente prevista, vengono resi disponibili sul sito, previa elaborazione presso le UU.OO.CC. competenti alla loro produzione, a cura dei Dirigenti responsabili di ciascun settore coinvolto e secondo la declinazione di competenze, per la individuazione, produzione e trasmissione dei flussi di cui all' allegato denominato n. 2 al Presente Piano.

Per l'esercizio del diritto è stata predisposta apposita modulistica ed è stato formalmente individuato il titolare del potere sostitutivo in caso di inerzia del Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, dando massima diffusione a tali dati nell'apposita sezione del sito.

## 24.3 L'accesso civico generalizzato

Questa Azienda, nell'ambito del proprio ormai consolidato percorso, ha viepiù esplicitato e diffuso, attraverso apposito adattamento all'interno del Link "*amministrazione trasparente*" la modalità di realizzazione del nuovo diritto di accesso civico.

Nella sottosezione -ALTRI CONTENUTI- è stata aggiunta quella -ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO- all'interno della quale sono state specificate le modalità di effettuazione della richiesta, evidenziando quanto segue.

L'accesso civico generalizzato può essere esercitato da chiunque indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato. Non è necessario fornire alcuna motivazione per presentare l'istanza di accesso civico generalizzato.

Esso è esercitabile relativamente "ai dati e ai documenti detenuti dall'Amministrazione, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione", ossia per i quali non sussista uno specifico obbligo di pubblicazione.

Ai sensi del comma 3 dell'art. 5 del d. lgs. n. 33/2013 l'istanza può essere trasmessa per via telematica ed è valida se:

- a. sottoscritte mediante la firma digitale o la firma elettronica qualificata;
- b. l'istante è identificato attraverso il sistema pubblico di identità digitale (SPID), nonché carta di identità elettronica o la carta nazionale dei servizi;
- c. è sottoscritta e presentata unitamente alla copia del documento d'identità;
- d. trasmessa dall'istante mediante la propria casella di posta elettronica certificata.

Resta fermo che l'istanza può essere presentata anche a mezzo posta o direttamente agli uffici indicati dall'art. 5, comma 3, del d. lgs. n. 33/2013, presso la sede dell'Azienda in via Santa Sofia n. 78 – Catania.

Laddove la richiesta di accesso civico non sia sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, la stessa deve essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. L'istanza di accesso civico va indirizzata direttamente all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti, secondo l'elenco dei detentori dei dati pubblicato presso la medesima sezione di "amministrazione trasparente", oppure all'Ufficio relazioni con il pubblico.

È necessario identificare i dati, le informazioni o i documenti che si desidera richiedere. Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Laddove l'istanza di accesso civico possa incidere su interessi di soggetti controinteressati legati alla protezione dei dati personali, o alla libertà e segretezza della corrispondenza oppure agli interessi economici e commerciali (ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali) è necessario che l'ente destinatario dell'istanza di accesso civico ne dia comunicazione agli stessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento (o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione). In tal modo, il soggetto controinteressato può presentare (anche per via telematica) una eventuale e motivata opposizione all'istanza di accesso civico entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione della richiesta di accesso civico. Decorso tale termine, l'amministrazione provvede sulla richiesta di accesso civico, accertata la ricezione della comunicazione da parte del controinteressato. La comunicazione ai soggetti controinteressati non è dovuta nel caso in cui l'istanza di accesso civico riguardi dati e documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Inoltre si è provveduto a pubblicare apposita modulistica.



Sono stati altresì creati indirizzi e-mail ad uopo dedicati, assegnati a ciascun ufficio detentore di dati come di seguito indicato, per facilitare sia il canale di richiesta che il tempestivo riscontro delle stesse.

<b>ELENCO DETENTORI DEI DATI</b>		
Direttore Dipartimento di Prevenzione	Ing. Leonardi Antonio	antonio.leonardi@aspct.it
Direttore Dipartimento di Prevenzione Veterinaria	Dott. Antonino Salina	antonino.salina@aspct.it
Direttore Dipartimento di Salute Mentale	Dott. Giuseppe Fichera	giuseppe.fichera@aspct.it
Direttore Dipartimento Integrazione Ospedale – Territorio e Socio-Sanitaria	Dott. Luca Francesco	In aspettativa per incarico D.S.
Direttore Dipartimento del Farmaco	Dott. Franco Rapisarda	franco.rapisarda@aspct.it
Direttore Dipartimento Materno – Infantile e Percorso nascita	Dott. Rosario La Spina	laspina.rosario@aspct.it
Direttore Dipartimento Diagnostica di Laboratorio	Dott. Pietro Cortese	pietro.cortese@aspct.it
Direttore Dipartimento Scienze Radiologiche	Dott. Concetto Scuderi	concetto.scuderi@aspct.it
Direttore Dipartimento di Riabilitazione	Dott. Biagio Papotto	biagio.papotto@aspct.it
Direttore Dipartimento di Medicina	Dott. Giovanni G.Battaglia	giorgio.battaglia@aspct.it
Direttore Dipartimento di Emergenza	Dott. Vittorio Di Geronimo	vittorio.digeronimo@aspct.it
Direttore Dipartimento di Chirurgia	Dott. Alfio Saggio	alfio.saggio@aspct.it
U.O.C. AA.GG. Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane	Dr. Santo Messina	santo.messina@aspct.it
Econom- Finanziario e Patrimonio	Dr.ssa Marilena Marchese	marilena.marchese@aspct.it
Settore Provveditorato	Dott. Galatà Pietro	pietro.galata@aspct.it
Politiche del Personale	Dott. Francesco Iudica	francesco.iudica@aspct.it
Servizi legali	Avv. Morina Giuseppa	pina.morina@aspct.it
Relazioni sindacali e Politiche del Personale	Dott. Francesco Iudica	francesco.iudica@aspct.it
Ufficio delibere	Dr.ssa Scuto Letizia	letizia.scuto@aspct.it
CED	Ing. Garozzo Salvatore	salvatore.garozzo@aspct.it
URP	Dott. Cacciola Salvatore	salvatore.cacciola@aspct.it
Responsabile Ufficio ALPI	Dott. Giampaolo Runza	giampaolo.runza@aspct.it
Controllo di Gestione	Dott. Vito Litrico	vito.litrico@aspct.it
Internal Audit	Dott. Francesco Alcamo	francesco.alcamo@aspct.it

Ciascuno dei citati Responsabili del dato potrà, nel rispetto dei termini indicati dal decreto, provvedere ad esitare le richieste, attivando la procedura normativamente prevista compreso il coinvolgimento di eventuali contro interessati, realizzando, nella decisione adottata, un contemperamento degli interessi in gioco, applicando le esclusioni previste, prevedendo un possibile differimento e comunque motivando un eventuale diniego.

In quest' ultimo caso, competente alla valutazione in secondo grado è l' RPCT, salvo il ricorso all' autorità giudiziaria competente.

Verrà inoltre creato, nel corso del corrente anno, un registro aziendale che raggruppi sia le richieste pervenute che gli esiti di ciascuna, al fine di consentire la creazione di una casistica specifica di ausilio anche ai soggetti detentori dei dati.

I dati oggetto di più frequenti richieste saranno pubblicati dall'Amministrazione come "dati ulteriori", anche al fine di consentire una più rapida ed immediata conoscibilità degli stessi.

In atto coesistono dunque tre diverse tipologie di accesso, compreso quello c.d. documentale tuttora regolato dalla Legge n. 241/90.

Al fine di creare un adeguato raccordo e di individuare regole comuni e certe, verrà stilato un Regolamento aziendale che orienti i comportamenti interni a fronte delle richieste ricevute, secondo una disciplina univoca e condivisa.

## 24.4 Le tipologie di dati

Tutte le tipologie di dati, nonché quelli c.d. "ulteriori" di cui l'Amministrazione intenderà dare evidenza, sono individuati, elaborati e prodotti dai Direttori delle strutture aziendali, che sono identificati in qualità di referenti per la trasparenza e costituiscono la c.d. "Fonte" del dato.

Essi provvedono alla trasmissione secondo la tempistica di legge, su formato elettronico aperto (PDF editabile), con indicazione, del nominativo del responsabile del relativo procedimento, della data di produzione o che si tratti di eventuale aggiornamento.

Tutto ciò all'indirizzo E-mail appositamente dedicato che verrà attivato nel corso dell'anno 2018 da parte dell'U.O.C. Ingegneria Informatica.

La pubblicazione dei dati così prodotti e inviati alla casella di posta elettronica è affidata al Responsabile della Trasparenza, con l'ausilio del gruppo di supporto e tramite il WEB MASTER.

Il Responsabile della Trasparenza, provvederà, con l'ausilio del gruppo di supporto ad uopo costituito, con le modalità ritenute opportune e preventivamente comunicate ai Responsabili delle UU.OO., secondo necessità, ad effettuare un monitoraggio, a campione, con riferimento a:

- a. Tipologia del dato
- b. Completezza del dato
- c. Certezza della produzione del dato
- d. Aggiornamento periodico del dato secondo la cadenza normativamente prevista (tempestiva o periodica)
- e. Formato del dato
- f. Corrispondenza del dato alle prescrizioni normative

In caso di mancata rispondenza a quanto normativamente previsto il dato si intenderà non inviato e l'adempimento, da parte del soggetto competente non effettuato.

Nella Sezione Trasparenza sono riportati dati riconducibili a due tipologie:

- a. "statici", legati all'Ente e alla sua organizzazione;
- b. "dinamici", connessi al raggiungimento di obiettivi di performance indicati nel relativo Piano.
- c.

La Trasparenza implica che tutti i dati resi pubblici possano essere utilizzati da parte degli interessati. Infatti, se da un lato la pubblicazione dei dati *ex se* non è garanzia di realizzazione degli obiettivi di trasparenza, di contro la pubblicizzazione di troppi dati o di dati che siano criptici, può opacizzare l'informazione e disorientare gli interessati.

In ciò, la modifica normativa di cui al Decreto legislativo n. 97/16, ha operato una incisiva semplificazione, nella direzione della efficacia della consultazione e della conoscenza,

eliminando la necessità di alcune informazioni e precisando i contenuti di altre, ritenute maggiormente significative, fermo restando altresì l' istituto dell' accesso civico generalizzato.

Perché i dati siano utilizzabili dai portatori di interesse, gli uffici dell' amministrazione devono curare la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e gli *stakeholder* possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto e utilizzarli per le finalità previste.

La pubblicazione *on line* delle informazioni e dati sarà effettuata in coerenza con quanto previsto dalle disposizioni di settore, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- a. trasparenza e contenuti minimi dei siti pubblici;
- b. aggiornamento e visibilità dei contenuti;
- c. accessibilità e usabilità;
- d. classificazione e semantica;
- e. formati aperti (pdf editabile, Odt, etc.);
- f. contenuti aperti.

Ogni Referente per la Trasparenza, così come individuato in qualità di "Fonte", fornirà, secondo un flusso continuo, i documenti da pubblicare alla struttura competente in formato aperto e accessibile, ma non modificabile.

L'aggiornamento dei dati contenuti nella Sezione "Amministrazione Trasparente" avverrà con cadenza indicata nell' Allegato 2 e qualora si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti occorrerà effettuare la relativa trasmissione, a cura del Responsabile dell' U.O., entro tre giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta.

I dati e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale sono stati selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e alle indicazioni di cui al D.lgs. n. 33 del 2013, alle delibere n. 105/2010 n. 2/2012 della CIVIT, n. 50/13 e n. 71/13, n. 77/13, n. 148/14, e da ultimo alle determinazioni 1309 e 1310 del 28 dicembre 2016 e più in generale, al quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione *on line* delle Amministrazioni.

Specificamente, essi sono sintetizzati nel prospetto allegato al presente programma, che riporta:

- a. il tipo di documento
- b. il riferimento normativo che ne prevede la pubblicazione,
- c. il contenuti del singolo obbligo
- d. la Struttura competente alla sua predisposizione e trasmissione

## 24.5 Competenza nel procedimento di elaborazione e adozione della Sezione.

Il Responsabile aziendale della Trasparenza coincide con quello per la prevenzione della corruzione. Esso svolge le seguenti funzioni:

- Aggiorna la presente sezione del PTPCT, all'interno della quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza anche come misura anticorruzione;
- Controlla la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.lgs. 33 del 2013;
- Controlla la regolare attuazione dell'accesso civico generalizzato e valuta in seconda istanza eventuali dinieghi da parte dei detentori del dato ai sensi dell' art. 5 c.2 del D.Lgs n. 33/13 e ss.mm. ii.
- Segnala i casi di inadempimento o di parziale adempimento degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa, all'ufficio di disciplina ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Per i casi più gravi, egli effettua la segnalazione alla Direzione Strategica e/o all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Ai fini dell'individuazione dei contenuti da pubblicare, un ruolo fondamentale è quello svolto dalle unità operative deputate alla produzione dei dati. Infatti, autore del dato è il Dirigente responsabile il quale ne attesta la veridicità, la congruenza, la completezza e la correttezza.

I dirigenti delle diverse Strutture garantiscono, ai sensi dell'art. 43, comma 3 D.Lgs n. 33/13, il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge e sono soggetti all'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 47 del medesimo decreto. Sono inoltre responsabili dell'attuazione della parte della presente Sezione con riferimento alle informazioni di propria competenza. Il CED, con il proprio responsabile fornirà i necessari supporti informatici.

I relativi flussi informativi rientrano nel processo di "Valutazione della Performance della Dirigenza Aziendale" con indicatori di misura e di risultati definiti nella scheda di budget, operando così il necessario raccordo con il ciclo della Performance aziendale

Sono coinvolti nell'individuazione dei contenuti della Sezione:

- a. Direzione Generale
- b. Direzione Sanitaria
- c. Direzione Amministrativa  
e le seguenti UU.OO:
- d. Staff Direzione Generale
- e. Direzioni Mediche di presidio e di Distretto
- f. U.O.C. AA.GG. Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane
- g. U.O.C. Economico – Finanziario e Patrimoniale
- h. U.O.C Patrimoniale
- i. U.O.C. Tecnico
- j. Servizi Legali
- k. U.O.C. Politiche del Personale
- l. CED
- m. URP e Comunicazione
- n. Tutte le Strutture aziendali, anche assistenziali, per le proprie competenze

Tutti i Responsabili delle UU.OO. sopra citate sono individuati quali Referenti per la Trasparenza, dovendo fattivamente prestare la propria collaborazione al Responsabile Aziendale nominato, il quale, manterrà con i citati soggetti, un continuo raccordo e coordinamento.

Per gli anni di programmazione 2018-2020, in analogia con quanto previsto per il Piano della Performance ed in considerazione della necessità di assicurare un sistema di progressivo allineamento tra i due documenti di programmazione, per conseguire un circolo virtuoso del ciclo della performance, è attivato un processo ascendente di complessiva programmazione e predisposizione dei documenti che tenga conto delle esigenze di dialogo tra il Piano e la Sezione Trasparenza .

A tal fine, il Piano della Performance prevede il tema della trasparenza e dell'integrità quale macro obiettivo trasversale e permanente della struttura amministrativa di vertice.

Poiché la pubblicazione di determinate informazioni rende conto dell'andamento della performance dell'Azienda e del raggiungimento degli obiettivi fissati, occorre sottolineare che la Sezione Trasparenza, da un lato, rappresenta uno degli aspetti fondamentali della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo, dall'altro, permette di rendere pubblici agli *stakeholder* di riferimento i contenuti del Piano e della Relazione sulla performance, contribuendo significativamente a rafforzare la cultura della efficienza, della premialità e del merito.

## 24.6 Iniziative di comunicazione della Trasparenza.

L'Azienda riconosce la funzione della trasparenza come strumento prioritario di tutela anticorruptiva e prevede pertanto iniziative per garantire un adeguato livello di trasparenza, di legalità e di sviluppo della cultura dell'integrità.

Muovendo da questa accezione ed al fine di consolidare il proprio ruolo sociale, nella diffusione della cultura della trasparenza e nel perseguimento di standard più elevati di qualità, l'Ente, persegue la valorizzazione massima dei *feedback* dei suoi principali portatori di interessi, i quali vengono coinvolti, anche attraverso pubblica consultazione, nei processi di aggiornamento del Piano, nelle eventuali modifiche del Codice di comportamento, con funzione di confronto ed interlocuzione attiva e propositiva.

Tutto ciò consentirà di conseguire alcuni degli obiettivi fondamentali della trasparenza:

- a. partecipazione dei cittadini alla individuazione delle informazioni ritenute di concreto interesse per la collettività degli utenti;
- b. coinvolgimento dei cittadini nell'attività dell'Amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

Sotto la vigenza del passato Piano è stata già avviata e sarà ulteriormente implementata anche attraverso la pubblicazione nella sezione "Altri contenuti", l'iniziativa denominata "Pillole per la Trasparenza e la legalità" consistenti nella redazione di formali comunicazioni aventi lo scopo di dare massima diffusione, sia tra i dipendenti che tra l'utenza esterna, di attività svolte, servizi resi, tempistiche applicate.

## 24.7 Ascolto degli Stakeholder.

I Cittadini e gli Utenti, singolarmente o in forma associata, vengono ascoltati tramite :

1. Ufficio Relazioni con il Pubblico. L'URP, è a disposizione dei cittadini che vogliono ricevere informazioni o fare segnalazioni o reclami. Gli orari, i recapiti telefonici e l'indirizzo *email* sono pubblicati sul sito internet
2. PEC L'Azienda ha istituito un indirizzo di Posta Elettronica Certificata che il cittadino può utilizzare per tutte le comunicazioni o istanze da inviare all'Amministrazione. L'indirizzo pubblicato sul sito web PEC è: [protocollo@pec.policlinico.unict.it](mailto:protocollo@pec.policlinico.unict.it)
3. Monitoraggio dei dati di accesso al sito. Al fine di rilevare il livello di interesse dei cittadini in merito a quanto pubblicato sul sito internet, l'URP Aziendale procederà al monitoraggio dei dati di accesso alle diverse sezioni del sito per poi pubblicare un report sul sito stesso a cura del CED.
4. Il sito web aziendale Il sito web rappresenta per l'Azienda il principale e più immediato strumento di comunicazione con il mondo dei cittadini e degli utenti. Consente di fornire informazioni utili sui servizi offerti e sulle modalità di accesso agli stessi, sulle Strutture Aziendali e in generale sull'organizzazione. Inoltre consente di diffondere, in modo chiaro e aperto, notizie in merito alla gestione dell'Azienda, anche attraverso il link di immediata consultazione "Amministrazione Trasparente"
5. La Carta dei servizi: Rappresenta strumento di conoscenza delle attività erogate e di tutela per i cittadini, in quanto contiene tutte le informazioni che possono essere utili ai cittadini e agli utenti (informazioni sul personale, sui recapiti telefonici, sulle sedi e modalità di raggiungerle, sugli orari, sui servizi che vengono forniti dalle strutture, sulle modalità con cui ottenere le prestazioni di cui si può avere bisogno ecc.). La Carta dei Servizi dell'Azienda è consultabile sul sito internet aziendale, mediante collegamento dalla *home page*, nonché attraverso la sezione dedicata "Carta dei servizi e standard di qualità".
6. Le guide per il paziente (opuscoli).Redazione di opuscoli informativi per la pubblicizzazione di iniziative, attività, servizi, convegni, progetti, programmi.

7. Indagini di customer satisfaction. Periodicamente l'Azienda procederà a cura dell'URP e dell' Ufficio Qualità, ad analisi di customer satisfaction per misurare il grado di soddisfazione degli utenti circa i servizi offerti. Tali indagini costituiscono lo strumento di conoscenza delle opinioni degli utenti al fine di poter apportare miglioramenti nelle azioni svolte e nel rapporto con i pazienti. Delle loro risultanze e delle azioni di miglioramento intraprese, i citati Uffici daranno conto in appositi documenti informativi di sintesi.

L'ascolto dei Dipendenti passa attraverso i seguenti strumenti:

- a. Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

L'Azienda ha istituito il proprio "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG)..

Il CUG ha sostituito i precedenti Comitati per le Pari Opportunità e i Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing ed esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica, in precedenza demandati ai suddetti comitati. Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati dalle organizzazioni sindacali e da altrettanti componenti aziendali. Esso promuove la cultura delle pari opportunità ed il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, attraverso la proposta, agli organismi competenti, di piani formativi per tutti i lavoratori e tutte le lavoratrici, anche attraverso un continuo aggiornamento per tutte le figure dirigenziali. Il CUG redige una relazione annuale sulla situazione del personale dell'Amministrazione riguardante l'attuazione dei principi di parità, pari opportunità, benessere organizzativo e di contrasto alle discriminazioni, alle violenze morali e psicologiche nel luogo di lavoro.

- b. Ufficio Relazioni Sindacali. Tramite l'attivazione del sistema di relazioni sindacali l'Azienda garantisce la comunicazione e l'ascolto costante dei rappresentanti dei propri dipendenti nelle diverse aree contrattuali (Comparto, Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa).
- c. Il sito intranet aziendale. Tramite questo strumento l'Azienda può comunicare con i dipendenti in modo diretto per fornire informazioni, strumenti di lavoro e per condividere procedure.
- d. La newsletter. L'Azienda redige e distribuisce una newsletter che contiene informazioni da diffondere tra i dipendenti che riguardino l'organizzazione aziendale o le proposte formative.
- e. Posta elettronica aziendale. L'e-mail aziendale costituisce uno strumento efficace, veloce e sicuro con cui l'Azienda può diffondere capillarmente informazioni, circolari ed ogni altra notizia che interessi il personale. Tale strumento viene utilizzato anche per la diffusione delle iniziative di formazione aziendale.

## 24.8 Pratiche di confronto.

Le pratiche di confronto e di coinvolgimento dei soggetti istituzionali e della società attivabili dall'Azienda assumeranno differenti modalità:

- a. indiretta, attraverso le segnalazioni pervenute tramite la posta elettronica inviate al Responsabile della Trasparenza (anticorruzione-trasparenza@ao-ve.it);
- b. diretta, attraverso i *feedback* ricevuti dagli stakeholders.
- c. diretta tramite l'accesso civico - attraverso la lettura della tipologia di richieste
- d. diretta tramite l'accesso generalizzato
- e. diretta attraverso questionario *on line*

## 24.9 Monitoraggio.

La applicazione della Sezione Trasparenza richiede una attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni all'Amministrazione (Direzione Generale, RPCT, Referenti aziendali) che da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) secondo le modalità indicate nelle determinazioni ANAC, periodicamente emanate in materia .

In particolare, il Responsabile della Trasparenza, provvederà periodicamente, ed in sede di pubblicazione degli atti, coadiuvato dal proprio gruppo di lavoro ad uopo costituito, a verificare il regolare flusso di dati, attraverso attività a campione su ciascuna delle sottosezioni di secondo livello presenti all' interno del Link.

Ciascun referente dovrà, dar conto, nella Relazione annuale inviata all' RPCT, anche del regolare adempimento degli obblighi di cui al D.L.gs n. 33/13 ss.mm.ii.

Eventuali scostamenti verranno segnalati dal Responsabile e daranno luogo alle responsabilità di cui all' art 47 del citato Decreto

Eventuali discrasie rilevate dalle risultanze del *questionario on line* redatto dall' utenza, da richieste di accesso civico cd semplice, nonché da richieste di accesso generalizzato, dalle istanze contenute nel registro aziendale, saranno valutate ai fini di eventuali azioni correttive da attivarsi, in caso di mancata corrispondenza ai requisiti per la pubblicazione , nonché sull' opportunità di implementare i cd " dati ulteriori".

## 24.10 Processo di attuazione della Trasparenza.

Ciascun Dirigente Responsabile delle strutture aziendali, quale Referente per la Trasparenza, è tenuto a curare, relativamente ai dati di propria pertinenza come individuati nel prospetto allegato al presente Piano:

- l'individuazione la elaborazione e formazione del dato della cui veridicità, correttezza e completezza assume la responsabilità. Ciascuno dei dati prodotti verrà contrassegnato dalla data di produzione, laddove questa non sia già insita nel documento nonché dalla denominazione del responsabile del relativo procedimento;
- l'aggiornamento, secondo la tempistica di legge, che verrà attestato dall'apposizione nel documento contenente i dati medesimi di un numero progressivo di versione per ciascun anno di riferimento;
- la trasmissione, in qualità di fonte, attraverso la propria mail, dei suddetti dati, alla casella di posta elettronica dedicata [anticorruzione-trasparenza@ao-ve.it](mailto:anticorruzione-trasparenza@ao-ve.it), in formato aperto e adeguato alla pubblicazione, ai sensi dell' art 7 del D.Lgs n. 33/13;

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza verificherà la coerenza tra i contenuti inviati e l' oggetto indicato e qualora risultino difformità curerà la restituzione con analogo modalità, per la rettifica. In caso di positivo riscontro provvederà alla loro pubblicazione.

I casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi citati da parte dei soggetti responsabili verranno segnalati alla Direzione Strategica, all' OIV, all'UPD, dando luogo alla responsabilità di cui al comma 3 dell' art 43 del D.L.gs n. 33/2013.

## 24.11 Dati ulteriori.

Nella sezione " Altri contenuti" sono stati pubblicati:

- a. Piano prevenzione corruzione;
- b. la Relazione del Responsabile anti corruzione secondo il format predisposto dall'ANAC;
- c. Nomina del titolare del potere sostitutivo;
- d. le modalità per consentire l'accesso civico;
- e. le modalità per consentire l'accesso civico generalizzato;
- f. Sezione dedicata ai Reclami

## 24.12 Disposizioni finali.

Il presente Piano, è stato redatto muovendo dalle normative di settore, dalle indicazioni, del PNA 2013, Aggiornamento 2015 nonché da ultimo del Piano Nazionale Anticorruzione 2017, e tenendo conto delle peculiarità proprie dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Catania.

L'Azienda provvederà tempestivamente alla revisione del Piano qualora si rendessero necessarie successive modifiche ed integrazioni o a seguito di mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione e comunque annualmente.

Infine il Piano potrà essere oggetto di aggiornamento anche sulla base dell'esperienza che si maturerà nel corso della sua applicazione, al fine di realizzare compiutamente strategie di più efficace contrasto ai fenomeni di corruzione e di illegalità.

Sarà cura dei Responsabili delle articolazioni aziendali diffondere e far conoscere il presente Piano e ogni successiva modifica dello stesso a tutto il personale ad essi assegnato. I suddetti Responsabili, ai quali ai sensi della normativa vigente, sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione, dovranno comunicare al Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza, l'effettiva conoscenza del Piano da parte di tutto il personale agli stessi assegnato, anche attraverso la relazione annualmente predisposta

Tutto il personale dell'Azienda è tenuto al puntuale rispetto del presente Piano.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare sanzionabile secondo quanto previsto dalla legge e dai CC.CC.NN.LL..

Per quanto non previsto nel Piano si rinvia alle norme di legge previste in materia.

Il presente Piano verrà pubblicato sul sito aziendale nella sottosezione denominata " Altri Contenuti" – " Prevenzione della Corruzione".

Il Responsabile P.C.T  
Dott. Francesco Iudica