

Deliberazione n° 51 del 23 gennaio 2018

**OGGETTO:** ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA  
CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2018-2020.

**IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA**

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue, si rappresenta che ricorrono i presupposti finalizzati all'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i.

**Richiamate le deliberazioni di seguito specificate:**

- n°42 del 30.01.2015, ad oggetto "Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2015-2017";
- n°201 del 07.08.2015, ad oggetto "Adozione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità relativo agli anni 2015-2017", ai sensi del D.Lgs. 33/2013, cosiddetto "Codice della Trasparenza";
- n°29 del 28.01.2016, ad oggetto "Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2015-2017 - aggiornamento 2016";
- n°70 del 02.02.2017, ad oggetto "Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza" 2017-2019.

**Atteso che:**

- la Legge n°190/2012 e le successive indicazioni dell'ANAC, prevedono, entro il 31 gennaio di ciascun anno, che le Amministrazioni Pubbliche sono chiamate ad adottare il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;

**Viste**

- la determinazione n°12 del 28.10.2015 e la delibera n°831 del 03.08.2016, con cui l'ANAC ha provveduto ad aggiornare, rispettivamente per il 2015 e per il 2016, il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA);
- il D.Lgs.97/2016, intervenuto a revisionare sia il D.Lgs.33/2013 e sia alcune disposizioni in materia di prevenzione della corruzione;
- la delibera ANAC n° 1309/2016 "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del D.Lgs.33/2013";
- la delibera ANAC n° 1310/2016 «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 il D.Lgs.97/2016»;



- le Linee Guida ANAC per l'adozione dei Codici di Comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale;

**Considerato che:**

- con deliberazione della Commissione Straordinaria n°100 del 04/03/2016, è stato individuato quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza l'ing. Vittorio Emanuele Romallo, a cui è stato conferito incarico ad interim;
- nel corso dell'anno 2017, quest'ultimo, con il supporto tecnico della società Publicmetrica S.r.l., esperta nel settore dell'anticorruzione, affidataria dell'attività di supporto al RPCT, giusta determinazione n°751 del 07/11/2017, ha organizzato diversi audit con i Direttori delle uu.oo.cc. di Area Amministrativa e Sanitaria e con alcuni Responsabili delle uu.oo.ss.dd. sanitarie, al fine di revisionare e integrare la mappatura dei processi, con una più dettagliata descrizione degli stessi, e di procedere all'adozione di un nuovo PTPCT per il periodo 2018-2020;
- a seguito delle riunioni tenutesi presso l'ufficio del RPCT, è stato aggiornato il catalogo dei rischi dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta;
- nello specifico, si è proceduto a completare, con la condivisione da parte dei Direttori e dei Responsabili intervenuti alle suddette riunioni, la mappatura dei processi e dei relativi rischi e a definire gli aspetti di attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione, sia per le misure già identificate nel PTPCT 2017-2019, sia per quelle identificate ex-novo attraverso i suddetti incontri;

**Rilevato che:**

- il RPCT, sempre supportato tecnicamente dalla sopraindicata società Publicmetrica s.r.l., ha poi proceduto alla revisione e all'integrazione dei processi, delle aree di rischio e dei rischi, avendo come documento di riferimento i documenti allegati al PTPC 2017-2019 dell'AO, di cui alla deliberazione n°70 del 02.02.2017;
- il suddetto lavoro, come già premesso, è stato condotto in osservanza delle indicazioni contenute nelle delibere e determinazioni ANAC e delle informazioni relative all'organizzazione e al contesto interno ed esterno emerse;
- a seguito della pubblicazione della bozza del PTPC 2018-2020, sul sito web aziendale, sono stati convocati gli stakeholder per una riunione tenutasi il 16.01.2018, presso questa A.O.R.N., al fine di condividere i contenuti della suddetta bozza e per raccogliere eventuali commenti, suggerimenti e riflessioni, che, dopo attenta valutazione, hanno contribuito ad arricchire la strategia di prevenzione adottata;

**Ritenuto, pertanto,**

- necessario adottare l'allegato documento "PTPC 2018-2020", che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

**Considerato**, infine, che la presente proposta di deliberazione è formulata previa istruttoria ed estensione conformi alla normativa legislativa vigente in materia e può essere pubblicata integralmente sul sito internet aziendale;

**PROPONE**

- di adottare l'allegato documento "PTPC 2018-2020", che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

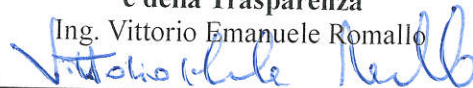




- di trasmettere copia della presente deliberazione e l'accluso piano, ai fini dell'esatta osservanza, alla Direzione Sanitaria Aziendale, alla Direzione Amministrativa, ai Direttori di Dipartimento, ai Responsabili delle uu.oo.cc. e uu.oo.ss.dd. amministrative e sanitarie, al Collegio Sindacale, al Collegio dei Sanitari, al Dipartimento della Funzione Pubblica, all'ANAC e alla Regione Campania;
- di autorizzare la pubblicazione integrale del presente atto sul sito internet aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

**Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione  
e della Trasparenza**

Ing. Vittorio Emanuele Romallo



**ATTESTAZIONE DI REGISTRAZIONE CONTABILE**

Il costo derivante dal presente atto :

- è di competenza dell'esercizio \_\_\_\_\_ imputabile al conto economico \_\_\_\_\_ ed è da imputare al preventivo di spesa \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ che presenta la necessaria disponibilità;
- è relativo ad acquisizione cespiti di cui alla Fonte di Finanz. \_\_\_\_\_

Il Direttore UOC GEF  
Dr. Eduardo Chianese

Vista la su estesa proposta di deliberazione, si esprime parere favorevole.

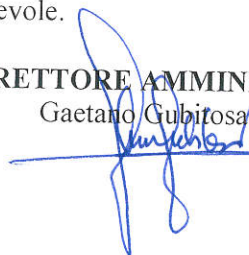
**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott.ssa Antonietta Siciliano



**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Gaetano Gubitosa







**Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**  
**AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta**  
**2018- 2020**

NE

## INDICE

<b>1. FINALITÀ E ARTICOLAZIONE DEL DOCUMENTO</b>	<b>3</b>
<b>2. RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<b>4</b>
<b>3. PROCESSO DI AGGIORNAMENTO: METODOLOGIA, MODALITÀ E ATTORI COINVOLTI</b>	<b>6</b>
<b>4. PROCESSO DI COINVOLGIMENTO: MODALITÀ E RISULTATI OTTENUTI</b>	<b>9</b>
<b>5. ANALISI DI CONTESTO</b>	<b>10</b>
<b>6. OBIETTIVI STRATEGICI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>	<b>16</b>
<b>7. IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO</b>	<b>18</b>
7.1 LA MAPPATURA DEI PROCESSI E LE AREE DI RISCHIO	18
7.2 LA MAPPATURA DEGLI EVENTI DI RISCHIO	20
7.3 LA VALUTAZIONE IMPATTO/PROBABILITÀ DEI RISCHI MAPPATI	24
<b>8. MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO: STATO DELL'ARTE E RISULTATI ATTESI</b>	<b>25</b>
<b>9. LA TRASPARENZA EX D.LGS 33/2013 E D.LGS. 97/2016</b>	<b>27</b>
9.1 PREMESSA	27
9.2 OBIETTIVI STRATEGICI DELLA TRASPARENZA	28
9.3 FLUSSI INFORMATIVI E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	28
9.4 VIGILANZA E MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI	29
9.5. ACCESSO CIVICO	29
<b>10. ALLEGATI:</b>	<b>31</b>
10.1 CATALOGO DEI PROCESSI-RISCHI-MISURE	31
10.2 OBBLIGHI DI TRASPARENZA EX D.LGS. 33/2013	31



## 1. FINALITÀ E ARTICOLAZIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento, denominato “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, AORN Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta, 2018 – 2020”, interviene ad aggiornare il precedente piano triennale alla luce di:

- Aggiornamento del catalogo dei processi-rischi-misure, intervenuto a seguito del completamento della mappatura dei processi e, quindi, dei relativi eventi rischiosi e connesse cause, realizzato sulla base delle indicazioni metodologiche e operative in tema di gestione del rischio fornite dall’ ANAC nella determinazione n.12 del 28 ottobre 2015 e delibera n. 831 del 3 agosto 2016.
- Attuazione di alcune delle misure di prevenzione identificate nel PTPCT 2017-2019.
- Rimodulazione e progettazione di alcune delle misure di prevenzione identificate nel PTPCT 2017-2019, alla luce della valutazione di fattibilità realizzata e dei cambiamenti organizzazioni intercorsi nell’anno 2017.

Tale aggiornamento segue il percorso di sensibilizzazione, formazione e coinvolgimento dei dirigenti, già intrapreso per l’aggiornamento del PTPC 2015-2017, e interviene rafforzando il perseguimento delle finalità di contrasto e prevenzione della corruzione e di creazione di un contesto orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell’integrità e dell’etica, anche attraverso l’aggiornamento e la progettazione di misure volte a rafforzare e migliorare sia la dimensione organizzativa che la dimensione culturale dell’ente.

Il presente documento è articolato in modo da fornire indicazioni sia sul percorso di aggiornamento realizzato sia sui risultati di tale percorso.

In particolare, il presente documento vuole:

- fornire le coordinate normative e regolamentari alla base del processo di gestione del rischio di corruzione e di sviluppo e attuazione del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, seguite e attuate dall’AO;
- indicare gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione adottati dall’azienda, alla luce dell’analisi del contesto e della spinta al miglioramento ed efficientamento organizzativo intrapresa;
- illustrare le aree di rischio, con i relativi processi, rischi e cause, identificati attraverso il coinvolgimento dei dirigenti e responsabili delle unità organizzative e dei processi;
- descrivere le misure di prevenzione identificate, in corso di attuazione o da attuare nel corso del triennio di programmazione.

A tal fine, il documento si articola in **8 capitoli**, ad esclusione della presente premessa e in **2 allegati**.

In particolare, i primi tre capitoli illustrano il quadro normativo e metodologico di riferimento per la redazione e l’aggiornamento del PTPCT dell’AO: il capitolo **“RIFERIMENTI NORMATIVI”** fornisce le coordinate normative che hanno guidato e che devono guidare l’azienda nel percorso di sviluppo e attuazione del sistema di prevenzione della corruzione; ad esso fa seguito il capitolo **“PROCESSO DI AGGIORNAMENTO: METODOLOGIA, MODALITÀ E ATTORI COINVOLTI”** nel quale sono illustrati la metodologia e sono descritte le modalità attraverso le quali è stata condotta





l'attività di revisione e aggiornamento delle aree di rischio, della mappatura dei processi e dell'identificazione degli eventi rischiosi, della valutazione del rischio, nonché della progettazione di misure ulteriori, cosiddette integrative. Completa la sezione di inquadramento normativo-metodologica il capitolo **"PROCESSO DI COINVOLGIMENTO: MODALITÀ E RISULTATI OTTENUTI"**, nel quale sono illustrate le attività di coinvolgimento e consultazione realizzate e le indicazioni pervenute.

Ad essi seguono i capitoli in cui l'Azienda dichiara e illustra la propria policy di prevenzione della corruzione. In particolare, il capitolo **"ANALISI DI CONTESTO"** illustra le condizioni di contesto esterno nelle quali l'azienda opera, che possono costituire fattori di rischio da valutare per l'identificazione delle aree di rischio e delle relative misure di prevenzione della corruzione. Il capitolo **"OBIETTIVI STRATEGICI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE"**, dichiara gli ambiti sui quali l'organizzazione sta lavorando e intende continuare a lavorare nel corso del triennio, alla luce dell'analisi del contesto e dell'analisi di rischio realizzate.

I due capitoli successivi sintetizzano i risultati del processo di gestione del rischio e aggiornamento del PTPCT: nel capitolo **"IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO"**, sono illustrati sinteticamente le aree di rischio, i processi mappati, gli eventi rischiosi e la loro valutazione, a seguito dell'attività di aggiornamento realizzata nel secondo semestre del 2017; nel capitolo **"MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO"** è illustrato lo stato di attuazione delle misure identificate nella precedente edizioni del PTPCT e sono indicate le misure integrative identificate nel corso del processo di aggiornamento del PTPCT in vigore.

Il capitolo **"LA TRASPARENZA EX D.LGS. 33/2013 E D.LGS. 97/2016"** individua le modalità di attuazione della trasparenza, in particolare, contiene, dunque, le soluzioni organizzative adottate per assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente.

Il dettaglio delle attività di gestione del rischio è riportato in allegato. In particolare l'allegato 10.1, denominato **"CATALOGO DEI PROCESSI-RISCHI-MISURE"**, contiene il dettaglio, per area di rischio, della mappatura dei processi, dei rischi identificati e delle relative cause, nonché l'indicazione delle misure esistenti e di quelle integrative identificate a presidio dei suddetti rischi; inoltre, contiene le schede di progettazione delle misure integrative. L'allegato 10.2 **"OBBLIGHI DI TRASPARENZA EX D.LGS. 33/2013"**, contiene la tabella con le indicazioni degli obblighi di pubblicazione e le relative informazioni di soggetti responsabili e tempi di aggiornamento.

## 2. RIFERIMENTI NORMATIVI

La legge 190/2012, il successivo P.N.A. e i suoi aggiornamenti (**determinazione n.12 del 28 ottobre 2015 e delibera n. 831 del 3 agosto 2016**) hanno avviato nelle amministrazioni un nuovo processo di ripensamento e di ridefinizione delle modalità organizzative e di gestione al fine di contrastare il fenomeno della corruzione, non più trascurabile in termini di costi economici, diretti e indiretti, e di costi sociali. Il quadro normativo di riferimento ha introdotto, innanzitutto, un approccio preventivo nella lotta alla corruzione, sia ampliando il concetto stesso di corruzione – tutte quelle situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite – sia



introducendo il concetto di rischio di corruzione e la sua gestione (risk management). Nell'ambito di tale framework, il legislatore ha previsto **una serie di adempimenti obbligatori da realizzare in una prima fase attuativa**, al fine di guidare le amministrazioni nella costruzione di sistemi di prevenzione della corruzione basati su un nucleo minimo e comune di strumenti, **a cui far seguire una serie di interventi di miglioramento e ampliamento del sistema di prevenzione, attraverso una completa e consapevole applicazione della logica e del processo di risk management.**

**L'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione ha enfatizzato il ruolo del risk management nel sistema di prevenzione della corruzione**, quale strumento in grado di traghettare le amministrazioni verso il miglioramento organizzativo attraverso la gestione del rischio di corruzione. Una reale e rigorosa attuazione delle fasi di gestione del rischio consente, attraverso l'analisi organizzativa, di identificare le cause di esposizione al rischio di corruzione e di intervenire in maniera mirata ed efficace attraverso la definizione di misure organizzative. L'ANAC, al fine di supportare le amministrazioni in tale processo di analisi, nell'aggiornamento **ha fornito maggiori informazioni metodologiche** e, in particolare per il settore Appalti e per il settore Sanità, ha sviluppato degli approfondimenti.

Relativamente alla metodologia per la gestione del rischio di corruzione, **il PNA 2016** ha confermato le indicazioni già date con il PNA 2013 e l'Aggiornamento 2015, mentre **ha fornito degli approfondimenti in merito all'attuazione di alcune misure di trattamento del rischio**, quali, per il Settore Sanità, le nomine, la gestione del conflitto di interessi nei processi di procurement, la rotazione del personale, le sperimentazioni cliniche e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intramoenia.

Oltre alla legge 190/2012 e al PNA, occorre tener presenti nello sviluppo e aggiornamento del sistema di prevenzione della corruzione il **D.lgs 97/2016** che è intervenuto a revisionare sia il D.lgs 33/2013 (cosiddetto codice della trasparenza), sia alcune disposizioni in materia di prevenzione dalla corruzione. In particolare l'ANAC ha fornito indicazioni in merito all'attuazione delle disposizioni contenute nel suddetto decreto attraverso la **delibera n. 1310/2016** «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», la **delibera n. 1309/2016** «Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013». Infine, di particolare interesse per il settore sanità sono le **Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale.**

I suddetti riferimenti normativi e regolamentari hanno rappresentato una linea guida nel processo di aggiornamento degli elementi del sistema di prevenzione della corruzione dell'AO al fine di garantire la conformità ai requisiti di legge del PTPC dell'AO; al contempo, però, cogliendo la ratio e la finalità del quadro normativo, la *compliance* ha rappresentato il punto di partenza e non il punto di arrivo nell'aggiornamento del Piano, puntando alla costruzione di un sistema di prevenzione della corruzione che possa essere da supporto al miglioramento organizzativo dell'AO.





### 3. PROCESSO DI AGGIORNAMENTO: METODOLOGIA, MODALITÀ E ATTORI COINVOLTI

Al fine di procedere all'aggiornamento del sistema di prevenzione della corruzione e conseguentemente del PTPCT 2018-2020 dell'AO, sono state realizzate le attività di gestione del rischio indicate dall'ANAC (si veda Figura 1) nell'aggiornamento 2015 al PNA (**determinazione n.12 del 28 ottobre 2015**), a loro volta ispirate ai principi, ai contenuti e alle tecniche previste dai principali standard internazionali di risk management, in primis l'UNI ISO 31000:2010.

*Figura 1: Le principali fasi del processo di gestione del rischio (Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015)*



Rispetto alle aree di rischio, il PNA prima e l'aggiornamento 2015 al PNA poi, hanno fornito una lista di aree, denominate "aree generali", rispetto alle quali ciascuna amministrazione deve valutare il livello di esposizione al rischio, tenuto conto del fatto che generalmente sono aree presenti in tutte le amministrazioni e che per le caratteristiche delle attività che ricomprendono sono generalmente esposte al rischio di corruzione. Per il settore sanità queste aree sono:

- Contratti pubblici.
- Incarichi e nomine.
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Aree che si vanno ad aggiungere alle cosiddette quattro "aree obbligatorie" previste nel PNA 2013. Per il settore sanità, nell'aggiornamento 2015 al PNA, vengono indicate inoltre alcune aree specifiche:

- Attività libero professionale e liste di attesa.
- Rapporti contrattuali con privati accreditati.
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.
- Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Tuttavia è importante sottolineare come le aree generali e le aree specifiche suddette rappresentano una indicazione e non un vincolo per le amministrazioni, le cui aree di rischio devono comunque essere il frutto del processo di analisi del contesto e di valutazione del rischio.

A seguito della mappatura dei processi e dell'identificazione delle aree di rischio, si procede all'attività di identificazione del rischio che consiste nella ricerca, nell'individuazione e nella descrizione dei rischi di corruzione, per ciascun processo o fase di processo. L'output di tale attività è la costruzione del Catalogo degli eventi di rischio in cui sono mappati tutti gli eventi che



possono verificarsi in relazione ai processi o a fasi di essi e che possono determinare il non raggiungimento di obiettivi aziendali. Rispetto al rischio di corruzione, *“l’identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l’obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, o alle fasi dei processi, di pertinenza dell’amministrazione. L’individuazione deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi e avere conseguenze sull’amministrazione. Questa fase è cruciale, perché un evento rischioso «non identificato in questa fase non viene considerato nelle analisi successive», compromettendo l’attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione.”* Tuttavia identificare i rischi non è sufficiente in quanto occorre anche identificare le cause (ambientali, sociali, organizzative) che consentono a quegli eventi rischiosi di verificarsi. Nell’aggiornamento 2015 al PNA si legge *“l’analisi del rischio ha come obiettivo quello di consentire di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati”, “l’analisi è essenziale al fine di: comprendere le cause del verificarsi di eventi corruttivi e, conseguentemente, individuare le migliori modalità per prevenirli (creando i presupposti per l’individuazione delle misure di prevenzione più idonee)”*.

La comprensione delle cause del verificarsi di eventi corruttivi consente anche di valutare correttamente il livello di esposizione al rischio di corruzione, ovvero la probabilità che quell’evento si verifichi e l’impatto che ne deriverebbe. A tal fine, come anche suggerito dal PNA e dall’aggiornamento 2015 al PNA, tenuto conto della natura del fenomeno corruttivo, è opportuno procedere nella definizione e nell’utilizzo di tecniche qualitative di valutazione del rischio, supportate comunque da informazioni sull’efficacia dell’organizzazione, da dati oggettivi (per es. i dati giudiziari), ma anche da dati di natura percettiva (rilevati attraverso valutazioni espresse dai soggetti interessati, ad esempio con interviste o focus group, al fine di reperire informazioni, o opinioni, da parte dei soggetti competenti sui rispettivi processi).

L’applicazione di un sistema di valutazione impatto/probabilità consente di stabilire le priorità di trattamento dei rischi, attraverso il loro confronto, considerando gli obiettivi dell’organizzazione e il contesto in cui la stessa opera; in altre parole, consente di ponderare il rischio e di fornire dei criteri per l’assunzione di decisione in merito alla risposta al rischio.

Alla luce dei suddetti riferimenti normativi e metodologici e tenuto conto del PTPCT 2017 – 2019 dell’AO, si è proceduto all’aggiornamento del Piano nelle seguenti componenti:

- Integrare l’analisi di contesto interno, già realizzata nell’ambito dell’analisi dei processi e dei rischi, con quella di contesto esterno, al fine di supportare con ulteriori elementi l’identificazione e l’analisi dei rischi e la definizione delle misure integrative;
- Integrare e completare la mappatura dei processi e, laddove necessario procedere ad una più dettagliata descrizione dei processi stessi;
- integrare le aree di rischio generali e specifiche già identificate nel PTPCT 2017-2019 alla luce delle indicazioni ANAC contenute nell’Aggiornamento 2015 al PNA e delle specificità dell’ente;
- identificare eventuali ulteriori rischi di corruzione, sia in aree di rischio e processi già mappati che in eventuali nuove aree di rischio e processi;



- analizzare gli elementi caratterizzanti il rischio e, in particolare, le cause (i comportamenti abilitanti e i fattori abilitanti il rischio) del verificarsi degli eventi corruttivi;
- aggiornare la valutazione dell'impatto e della probabilità dei rischi mappati, attraverso l'analisi organizzativa.

A tal fine è stata realizzata una prima analisi di benchmark di altri PTPCT di Aziende Ospedaliere e successivamente sono stati intervistati i dirigenti dei processi e delle attività indagate. In particolare sono stati intervistati e coinvolti:

- Il Direttore della U.O.C. Gestione Economico – Finanziaria, il Dott. Chianese.
- Il Direttore della U.O.C. Gestione Risorse Umane, la Dott.ssa Di Sano (ad interim)
- Il Direttore della U.O.C. Ingegneria Ospedaliera, l'Arch. Patitucci.
- Il Direttore della U.O.C. Provveditorato ed Economato, la Dott.ssa Di Sano.
- Il Direttore della U.O.C. Servizi Informatici Aziendali, il Dott. Sferragatta.
- Il Direttore della U.O.C. Farmacia, la Dott.ssa Dello Stritto.
- Il Direttore della U.O.C. Formazione e Performance, il Dott. Sgueglia.
- Il Direttore della U.O.C. Medicina Legale, il Dott. Lisi.
- Il Direttore della U.O.S. Alpi e liste di Attesa, la Dott.ssa Ragozzino.
- Il Dott. Scarfiglieri dirigente amministrativo della UOC Affari generali.

Contestualmente alla fase di identificazione e analisi dei rischi di corruzione è stata realizzata, da parte dei direttori coinvolti, una valutazione di adeguatezza delle misure esistenti e delle misure ulteriori identificate nel precedente Piano o proposte durante gli incontri.

Ciò è stato realizzato tenendo conto delle indicazioni contenute nell'aggiornamento 2015 al PNA, il quale identifica nel trattamento del rischio la fase nella quale devono essere individuati i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di analisi e valutazione degli eventi rischiosi. Nelle suddette disposizioni si sottolinea, inoltre, l'impossibilità di eliminare il rischio ma l'opportunità di modificarlo, ovvero gestirlo attraverso misure atte a ridurne la probabilità intervenendo su leve organizzative, gestionali e culturali.

Inoltre, nell'aggiornamento si sottolinea che la fase di individuazione delle misure deve essere impostata avendo cura di garantire: l'efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio; la sostenibilità economica e organizzativa delle misure; l'attenzione alle esigenze peculiari di ogni singola amministrazione e/o ente.

A tal fine, bisogna, innanzitutto aver analizzato e compreso adeguatamente il rischio di corruzione e le cause che determinano il verificarsi degli eventi corruttivi; contestualmente, si procede ad una ricognizione delle misure gestionali e di controllo già esistenti, in grado di intervenire sui fattori che favoriscono la realizzazione del rischio. Tale ricognizione consente la definizione di aree di miglioramento e quindi l'individuazione di un portafoglio di misure per il rafforzamento della strategia di prevenzione del rischio di corruzione.

Nel processo di aggiornamento del PTPCT dell'AO, l'attività di trattamento del rischio si è sostanziata in una verifica e aggiornamento delle misure esistenti e nella progettazione delle misure integrative prevalentemente identificate nel PTPCT 2017-2019. Nello specifico, il RPCT con i Dirigenti coinvolti, alla luce dei rischi identificati e dell'analisi delle cause, ha valutato, in primo



luogo, la presenza di misure e la loro adeguatezza nel neutralizzare le cause di rischio; a seguito di tale valutazione ha valutato la sostenibilità economica e organizzativa delle misure e la specificità della misura rispetto alle esigenze e alle caratteristiche aziendali.

Infine, al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia delle misure di prevenzione identificate, è necessario costruire un sistema di monitoraggio. Il PNA prevede che per ciascuna misura di prevenzione sia identificato il responsabile dell'implementazione e il termine per l'implementazione stessa. Inoltre, sottolineando la natura programmatoria del PTPCT, prevede, tra il nucleo minimo di dati e informazioni che esso deve contenere, la presenza di schede di programmazione delle misure di prevenzione, con indicazione degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili, degli indicatori e delle modalità di verifica dell'attuazione.

Nell'Aggiornamento 2015 del PNA la fase di controllo sulle misure viene maggiormente approfondita e nello specifico si parla di monitoraggio sull'attuazione delle misure. In particolare si rimanda alla programmazione operativa che consente al RPCT di dotarsi di uno strumento di controllo e di monitoraggio dell'effettiva attuazione delle misure, attraverso indicatori di monitoraggio.

A tal fine, nel processo di progettazione delle misure integrative dell'AO, sono stati identificati sia i tempi, che i responsabili, che gli indicatori per il monitoraggio.

#### **4. PROCESSO DI COINVOLGIMENTO: MODALITÀ E RISULTATI OTTENUTI**

Il PTPCT 2018 – 2020 è stato sottoposto a consultazione attraverso due canali:

- La pubblicazione sul sito della bozza del PTPCT 2018-2020, dal 4 al 16 gennaio 2018.
- Un incontro con le organizzazioni non profit, rappresentanti sia degli interessi dei malati e più in generale dei cittadini-utenti del sistema sanitario, sia della categoria dei medici.

Dalla consultazione on-line non si è avuto alcun riscontro da parte degli stakeholder.

L'incontro con le organizzazioni non profit, rappresentanti degli interessi dei malati e cittadini-utenti e della categoria dei medici, ha avuto luogo il 16 gennaio presso l'AORN di Caserta. Dei 21 soggetti invitati hanno preso parte all'incontro rappresentanti delle seguenti associazioni: A.V.O. Caserta (Associazione Volontari Ospedalieri); A.I.T.F. (Associazione Italiana Trapiantati di Fegato); Cittadinanzaattiva/Tribunale diritti del Malato; A.N.A.O. Regione Campania (Associazioni medici e dirigenti del S.S.N.); Confconsumatori.

Nel corso dell'incontro si è avuto la possibilità di condividere con gli stakeholder il percorso intrapreso dall'Azienda Ospedaliera e discutere sull'esaustività della mappatura e analisi dei processi e sull'adeguatezza e significatività delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel PTPCT 2018-2020. Gli stakeholder hanno giudicato completa la mappatura dei processi e hanno fornito indicazioni utili per un'efficace implementazione delle misure di risposta al rischio di corruzione.

L'Associazione Cittadinanza Attiva ha richiesto la diffusione dei dati relativi all'effettiva applicazione dei regolamenti adottati dall'AORN di Caserta relativi alle liste d'attesa dei ricoveri sia in area chirurgica che medica, con particolare riferimento ai ricoveri d'elezione. Tra i dati richiesti si annoverano il numero di persone trattate, le priorità assegnate, i tempi di preospedalizzazione, i



tempi effettivi al ricovero/all'intervento, il numero di casi trattati con priorità più alta rispetto al livello preventivamente allocato. L'Azienda Ospedaliera procederà alla valutazione della fattibilità dell'implementazione di un'attività di monitoraggio sull'attuazione dei suddetti regolamenti con relativa pubblicazione degli esiti del monitoraggio.

Con riferimento alle Convenzioni stipulate con altre Aziende sanitarie per il reclutamento del personale, Cittadinanza Attiva richiede che sia pubblicato – e costantemente aggiornato – l'elenco delle convenzioni in essere con l'esplicitazione del dettaglio relativo alle singole discipline. L'esigenza evidenziata da Cittadinanza attiva trova risposta in due misure di trasparenza previste nel presente PTPC a presidio del processo n. 10 Convenzioni appartenente all'area di rischio Contratti pubblici: Pubblicazione delle convenzioni attivate; Regolamentazione e pubblicazione delle modalità di attivazione di convenzioni.

In collegamento con il tema delle convenzioni, la stessa Cittadinanza Attiva ha suggerito all'AORN di prevedere, nell'ambito dello sviluppo della misura Integrazione Regolamento regionale per il reclutamento del personale dirigente e non dirigente per selezione pubblica, che:

- sia definita la necessità di disporre di più convenzioni e l'utilizzo alternato/misto delle relative graduatorie.
- le singole delibere di assunzione dettagliino esattamente quali convenzioni non sia stato possibile utilizzare per la specifica assunzione e le relative motivazioni.

L'AORN di Caserta nell'ambito della valutazione dell'inserimento di integrazioni e specifiche al Regolamento regionale per il reclutamento del personale terrà conto di quanto portato all'attenzione da Cittadinanza Attiva.

Nel corso dell'incontro sono emerse ulteriori riflessioni e indicazioni in grado di evidenziare ambiti di miglioramento per l'amministrazione e gestione delle attività dell'AORN che però fuoriescono dal perimetro di azione del presente Piano. Si tratta di riflessioni di più ampia portata o dell'evidenza di problematicità specifiche la cui risoluzione non è strettamente connessa al sistema di prevenzione della corruzione delineato nel presente Piano. Sarà cura del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza riportare tali istanze ai soggetti che hanno le competenze per analizzarle e recepirle.

## 5. ANALISI DI CONTESTO

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta agisce in un territorio regionale nel quale sono presenti 132 strutture di ricovero attive tra pubbliche e private (accreditate e non)<sup>1</sup>. Nella provincia di Caserta, oltre all'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano", prestano alla popolazione servizi sanitari altre 20 strutture di ricovero (7 ospedali a gestione diretta e 13 case di cura private accreditate).

In base ai dati contenuti nel Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera 2016-2018 la dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati del SSR (flusso HSP 2015) è pari a 18.204, ossia 3,26 posti letto x 1.000 abitanti sulla popolazione "pesata"<sup>2</sup>. Tenuto conto, oltre che della

<sup>1</sup> Strutture di ricovero pubbliche e private (accreditate e non) attive al 31/12/2016, Minsitero della Salute.

<sup>2</sup> Il calcolo della popolazione "pesata" tiene conto della differente struttura per età della popolazione regionale.



rimodulazione sulla popolazione “pesata”, della mobilità extra-regionale e della quota di posti letto territoriali equivalenti, il numero di posti letto programmabili – in base a quanto previsto nel DM 70/15 – in Regione Campania è pari a 19.628 posti letto (pari a 3,52 posti letto per 1000 abitanti sulla popolazione “pesata”). Da ciò la previsione nel Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera 2016-2018 dell’attivazione di nuovi 1.424 posti letto aggiuntivi.

Così come specificato nel Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera 2016-2018, l’area della provincia di Caserta è risultata fortemente penalizzata dalla precedente programmazione avendo a disposizione soli 2,61 posti letto per 1000 abitanti. La programmazione 2016-2018 ha previsto un incremento netto di 503 posti letto, azione che permette di attenuare le criticità e portare la relazione tra posti letti disponibili e abitanti a 3,19/1000.

La disponibilità di strutture di ricovero e posti letto – a livello regionale – deve fronteggiare le esigenze di un territorio con una popolazione residente pari a 5.839.084 nel 2017 e una densità abitativa tra le più alte d’Italia (oltre 400 abitanti per km<sup>2</sup>). Oltre alla numerosità della popolazione un aspetto rilevante è quello relativo alle condizioni economiche. La Campania è tra le Regioni con il più elevato numero di famiglie in condizione di deprivazione<sup>3</sup> (38,8 famiglie ogni 100 famiglie residenti nel 2013 a fronte di una media nazionale di 23,4), dal quale si desume la rilevanza che l’esclusione sociale assume sul territorio.

In base alle rilevazioni ISTAT<sup>4</sup> l’incidenza di povertà relativa familiare – per 100 famiglie con le stesse caratteristiche – è pari a 19,5 (dato che a livello nazionale è pari a 10,6) e il 41,8% delle famiglie interrogate sulla propria condizione economica percepita valuta come scarse le risorse economiche a disposizione negli ultimi 12 mesi. Si consideri inoltre che nel 2016 le persone con almeno una malattia cronica sono 34 e quelle con almeno due malattie croniche 19,2 (ogni 100 persone con le stesse caratteristiche).

L’analisi dei dati consente di delineare un quadro caratterizzato da una forte domanda di prestazioni del servizio sanitario regionale, determinata dalla numerosità della popolazione, dalla significativa presenza di persone affette da malattie e da condizioni economiche sfavorevoli (le quali riducono la possibilità di rivolgersi al settore privato). L’eventuale inadeguatezza dell’offerta potrebbe esporre le strutture sanitarie presenti sul territorio al rischio di comportamenti corruttivi o non etici perpetrati da soggetti interessati a conseguire un vantaggio personale dallo sfruttamento di tali criticità.

Oltre alla relazione tra domanda e offerta di servizi sanitari, l’Azienda Ospedaliera “Sant’Anna e San Sebastiano” tiene conto nell’elaborazione della propria strategia di prevenzione della corruzione di altre variabili del contesto territoriale di riferimento. A tal fine si è consapevoli di operare in un territorio che presenta particolari difficoltà e criticità, aspetti condivisi con gran parte del Mezzogiorno e che hanno una chiara relazione con il manifestarsi e il prosperare di fenomeni corruttivi. In particolare, con riferimento ad un concetto di benessere che travalica la

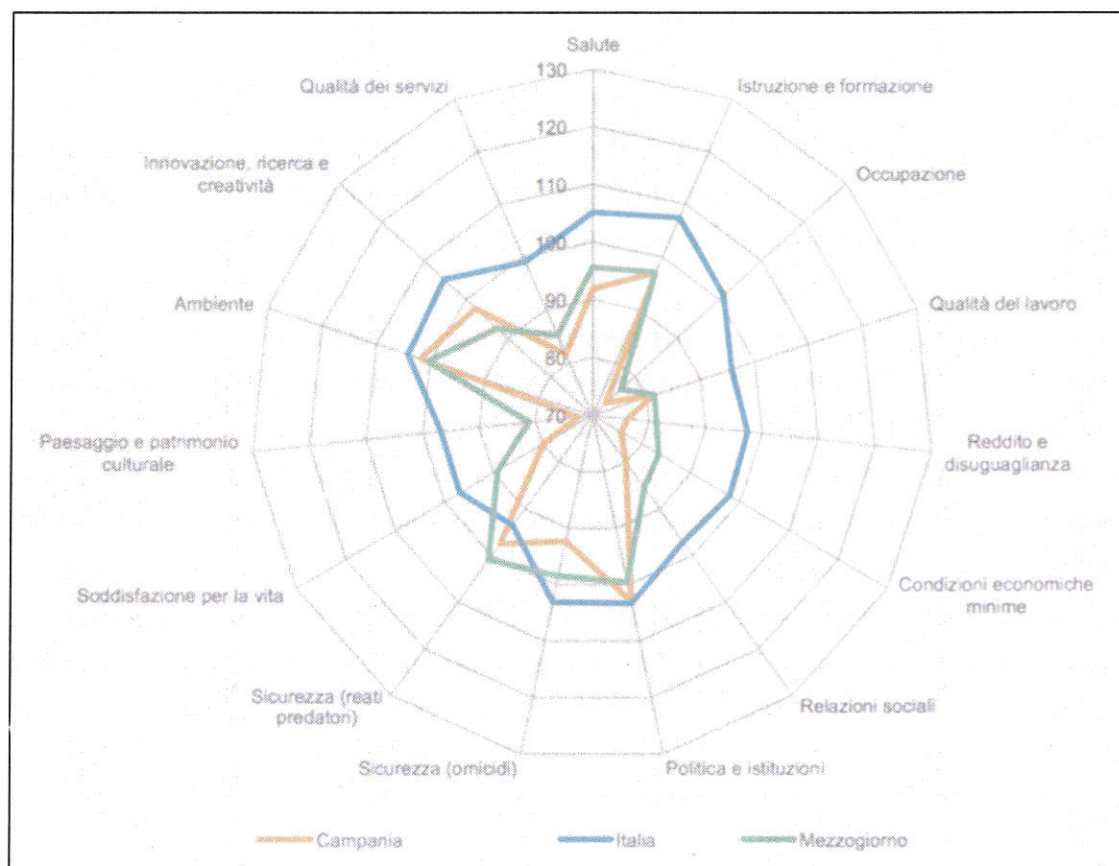
---

<sup>3</sup> L’indicatore sintetico di deprivazione dell’ISTAT rappresenta una misura importante nell’ambito dell’analisi dell’esclusione sociale. A partire da una pluralità di indicatori semplici, riferiti a diverse dimensioni del disagio economico, l’indicatore sintetico fornisce un’utile indicazione sulla diffusione di alcune difficoltà del vivere quotidiano e rappresenta un complemento all’analisi condotta in termini di povertà monetaria.

<sup>4</sup> ISTAT 2016 <http://dati.istat.it>

sola dimensione economica, così come dimostrato dal Rapporto sul benessere equo e sostenibile in Italia<sup>5</sup>, sono significativi i margini di miglioramento per la Regione Campania.

Figura 2: Indici compositi per Campania, Mezzogiorno e Italia 2015/2016



Fonte: ISTAT Rapporto BES 2017: il benessere equo e sostenibile in Italia

La disponibilità di ulteriori dati relativi alle variabili culturali, sociali e territoriali del contesto di riferimento consente all'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di focalizzare le minacce da fronteggiare e le opportunità da cogliere per la lotta alla corruzione.

L'Azienda Ospedaliera opera in una Regione nella quale la fiducia riposta dai cittadini in generale "verso l'altro" – elemento basilare per la costruzione e il rafforzamento della cultura della legalità – è ancor più bassa della media nazionale. In base alle risultanze delle indagini condotte dall'ISTAT il 77,8% della popolazione interrogata in Campania crede che rispetto agli "altri" bisogna stare molto attenti mentre solo il 20,1% degli interrogati ritiene che gran parte della gente sia degna di fiducia. Analizzando la fiducia riposta dai cittadini nei confronti di particolari persone, e nello

<sup>5</sup> Il Rapporto dell'ISTAT offre una lettura del benessere nelle sue diverse dimensioni ponendo particolare attenzione agli aspetti territoriali e allo sviluppo di alcuni indicatori di benessere inseriti nei documenti di bilancio. Gli indicatori del Bes, in tutto 129, sono articolati come di consueto in 12 domini: Salute; Istruzione e formazione; Lavoro e conciliazione dei tempi di vita; Benessere economico; Relazioni sociali; Politica e istituzioni; Sicurezza; Benessere soggettivo; Paesaggio e patrimonio culturale; Ambiente; Innovazione, ricerca e creatività (prima denominato Ricerca e innovazione); Qualità dei servizi.



specifico nei confronti di appartenenti alle forze dell'ordine, in Campania il 7% degli interrogati risulta non nutrire alcuna fiducia e il 13,8% poca.

Con riferimento alla partecipazione da parte di persone con più di 14 anni ad attività sociali la Campania si attesta su valori pari a circa la metà di quelli registrati dalla media nazionale.

Tabella 1: Partecipazione ad attività sociali

Persone di 14 anni e più per attività sociale svolta negli ultimi 12 mesi (per 100 persone con le stesse caratteristiche)					
Riunioni in associazioni ecologiche, per i diritti civili, per la pace	Riunioni in associazioni culturali, ricreative o di altro tipo	Attività gratuite in associazioni di volontariato	Attività gratuite in associazioni non di volontariato	Attività gratuita per un sindacato	Versare soldi ad un'associazione
1,7	8,9	10,7	3,5	1,1	14,8
1	4,1	5,7	2	0,9	7,3

Fonte: ISTAT 2016 <http://dati.istat.it>

Nel 2016 i delitti totali denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria<sup>6</sup> in Campania sono stati pari a 3.809,9 (per 100.000 abitanti) e nella provincia di Caserta 3.404,1 (per 100.000 abitanti), valori al di sotto di quelli registrati a livello nazionale. Se si prende in esame uno specifico delitto – l'associazione di tipo mafioso – la rilevanza del fenomeno sul territorio oggetto di analisi è significativamente diversa. A fronte di uno 0,1 per 100.000 abitanti di delitti di associazione di tipo mafioso registrato a livello nazionale in Campania il valore sale a 0,5 e nella provincia di Caserta a 0,8.

Chiari e ovvi impatti sull'esposizione al rischio di corruzione dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" ha la criminalità organizzata radicata sul territorio della provincia di Caserta.

Dall'ultima Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata<sup>7</sup> emerge la costante capacità rigenerativa della criminalità organizzata casertana che le garantisce l'operatività in settori privilegiati quali l'accaparramento di appalti pubblici. Ne viene riconosciuta l'abilità ad inserirsi in attività apparentemente lecite (appalti pubblici, edilizia e commercio) che le consentono – così come indicato nel Rapporto – di ottenere il favore di un'ampia "zona grigia" della società civile, attraverso offerte di lavoro e proposte di varia natura. Ne emerge, inoltre, la capacità della criminalità organizzata locale di condizionare la vita amministrativa degli enti pubblici campani, al fine di controllare soprattutto i grandi appalti, condizionamento sotto il quale è caduta la stessa Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano".

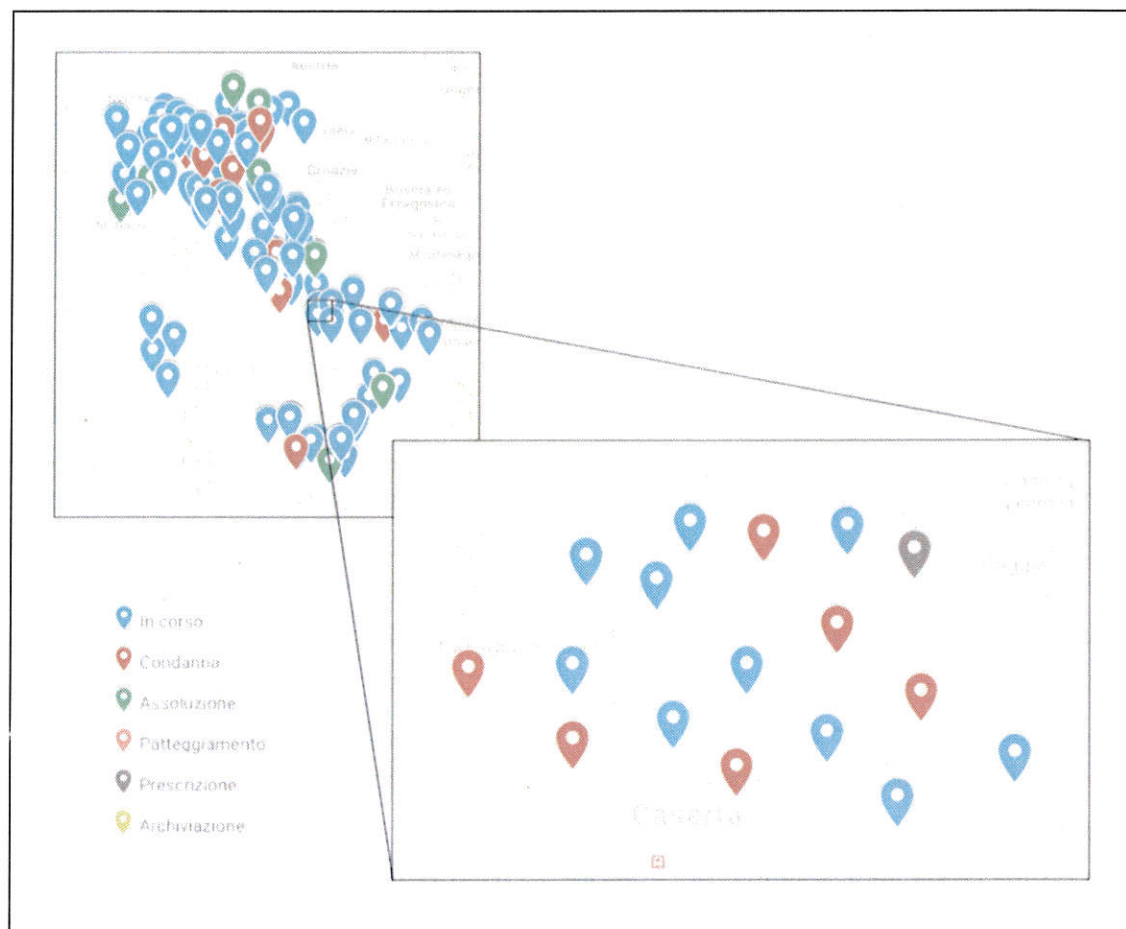
Il manifestarsi di casi di corruzione, l'arresto di rappresentanti del mondo politico, di dirigenti e dipendenti pubblici e di importanti imprenditori locali ha avuto importanti impatti reputazionali per le istituzioni operanti sul territorio e ha eroso ancor di più la già scarsa fiducia riposta in essi dai cittadini.

<sup>6</sup> Fonte: I.Stat ISTAT <http://dati.istat.it>

<sup>7</sup> L'anno di riferimento è il 2015 ed è stata presentata dal Ministro dell'Interno alla Camera dei Deputati nel gennaio del 2017.

In base a quanto riportato da Transparency International Italia nella mappa della corruzione per i media italiani<sup>8</sup>, 17 sono i casi raccontati dai mezzi di informazione che riguardano il territorio del casertano.

Figura 3: Casi di corruzione riportati dai media italiani nel 2017



Fonte: Rielaborato da Transparency International Italia <https://www.transparency.it/monitoriamo/>

La corruzione quale oggetto di indagine è stata recentemente introdotta dall'ISTAT nell'ambito dell'indagine sulla sicurezza dei cittadini 2015-2016. Anche in questo caso emergono dei dati che mettono il territorio campano in una situazione di svantaggio rispetto ad altre aree del Paese e alla media nazionale.

Tra i dati rilevati:

- le famiglie che hanno avuto richieste di denaro, favori o altro o che hanno dato denaro, regali o altro in cambio di favori o servizi, nel corso della vita e negli ultimi tre anni;
- le persone che conoscono qualcuno (amici, parenti, colleghi...) a cui è stato richiesto denaro, favori, regali in cambio di beni o servizi;

<sup>8</sup> Transparency International Italia ha attivato una sezione online del proprio sito per monitorare e raccogliere i casi di corruzione apparsi sui media nazionali e locali. Attraverso tale sezione – denominata Monitora – è possibile consultare la **mappa della corruzione secondo i media italiani**. Sono infatti riportati, raggruppati per regioni e per province, i principali casi raccontati dai mezzi di informazione nazionali. Si tratta di un esperimento che non pretende di avere valore scientifico ma che permetterà di valutare il livello di percezione della corruzione nel nostro Paese in maniera più approfondita.



- le persone che conoscono qualcuno che è stato raccomandato per tipo di servizio/favore richiesto per regione. Anno 2016 (Per 100 persone)

Di seguito i dati relativi alla Campania in relazione ai dati a scala nazionale.

Tabella 2: Dati sulle richieste o concessioni di denaro, regali e favori

Famiglie che hanno avuto richieste di denaro, favori o altro o che hanno dato denaro, regali o altro in cambio di favori o servizi, nel corso della vita e negli ultimi tre anni, per tipo di settore e per regione, ripartizione geografica, tipologia di comune di residenza. Anno 2016 (Per 100 famiglie).								
	Almeno un caso di corruzione nel corso della vita	Almeno un caso di corruzione negli ultimi tre anni	Nel corso della vita					
			Sanità	Sanità	Assistenza	Istruzione	Lavoro	Uffici pubblici
Campania	8.9	3.5	4.1	12.5	8.8	0.9	3.3	2.0
Italia	7.9	2.7	2.4	11.0	2.7	0.6	3.2	2.1

Tabella 3: Dati su persone che conoscono qualcuno a cui sono state fatte richieste di denaro, regali e favori

Persone che conoscono qualcuno (amici, parenti, colleghi...) a cui è stato richiesto denaro, favori, regali in cambio di beni o servizi, per settore in cui si è verificata la richiesta e per regione. Anno 2016 (Per 100 persone)									
	Almeno un settore	Sanità	Assistenza	Istruzione	Lavoro	Uffici pubblici	Forze dell'ordine	Giustizia	Public Utilities
Campania	14.8	9.2	5.6	3.8	9.4	4.6	1.1	2.0	4.1
Italia	13.1	5.9	4.0	2.1	7.1	3.2	0.8	1.1	1.6

Tabella 4: Dati di persone che conoscono qualcuno che è stato raccomandato

Persone che conoscono qualcuno che è stato raccomandato per tipo di servizio/favore richiesto per regione. Anno 2016 (Per 100 persone)							
	almeno una raccomandazione	un posto di lavoro	una licenza, un permesso, una concessione	un beneficio assistenziale	ammissione a scuole o promozioni	cancellazione di multe o sanzioni	essere favorito in cause giudiziarie
Campania	23.5	18.9	8.3	7.2	6.1	7.0	3.6
Italia	25.4	21.5	7.5	6.8	4.9	7.5	1.9

L'indagine dell'ISTAT è arricchita da dati sulla corruzione provenienti da fonti amministrative quali:

- i procedimenti penali per cui inizia l'azione penale per ripartizione di commesso reato;
- il numero di sentenze contenenti il reato e il numero totale dei reati sentenziati per tipologia di commesso reato.

Di seguito i dati relativi alla Campania in relazione ai dati a scala nazionale.

Tabella 5: Dati sui procedimenti penali

Procedimenti penali per cui inizia l'azione penale per ripartizione di commesso reato. Anno 2014. Composizione percentuale
--

NE



	Peculato	Indebita percezione di erogazioni pubbliche a danno dello Stato	Corruzione in atti giudiziari	Corruzione per un atto di ufficio	Malversazione a danno dello Stato	Concussione
Campania	12,5%	18,5%	18,1%	14,5%	17,1%	31,2%
Italia	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella 6: Dati su sentenze per reati di corruzione e similari

Numero di sentenze contenenti il reato e numero totale dei reati sentenziati per tipologia di commesso reato. Anno 2016 (per 100.000 abitanti)														
	Peculato		Indebita percezione di erogazioni pubbliche a danno dello Stato		Concussione		Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio		Responsabilità del corruttore		Istigazione alla corruzione		Induzione indebita a dare o promettere utilità	
	n° di sentenze	numero totale di reati	n° di sentenze	numero totale di reati	n° di sentenze	numero totale di reati	n° di sentenze	numero totale di reati	n° di sentenze	numero totale di reati	n° di sentenze	numero totale di reati	n° di sentenze	numero totale di reati
Campania	0,4	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4	0,1	0,1	0,8	0,8	0,1	0,2
Italia	0,7	1,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,5	0,2	0,5	0,2	0,2	0,1	0,2

L'analisi del contesto nel quale si trova ad operare l'Azienda "Sant'Anna e San Sebastiano" ha messo in evidenza numerose criticità e la diffusione sul territorio di fenomeni collegati alla corruzione e che ne inibiscono il contrasto.

Ne emerge il quadro di un'area vulnerabile nella quale la corruzione può trovare spazi per prosperare. Da ciò discende la necessità per l'Azienda "Sant'Anna e San Sebastiano" di formulare un'attenta e adeguata strategia di prevenzione della corruzione a garanzia del buon governo, dell'instaurarsi di relazioni sane con i propri stakeholder e dell'erogazione di servizi di qualità ai cittadini.

## 6. OBIETTIVI STRATEGICI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il contesto di riferimento in cui opera l'A.O. è particolarmente complesso, sia da un punto di vista ambientale, sociale e culturale, come illustrato nell'analisi di contesto precedentemente illustrata, che da un punto di vista organizzativo.

È cronaca piuttosto recente, la serie di reati e atti illeciti nella sfera della corruzione e della criminalità organizzata che hanno interessato l'Azienda, fino a determinarne nei primi mesi del 2015 il Commissariamento che si è concluso nel marzo 2017.

Da un punto di vista organizzativo, il Commissariamento ha comportato, da un lato un'attività straordinaria di messa in sicurezza dell'azienda e di ripristino di situazioni direzionali e gestionali guidate da criteri di legalità, efficienza ed efficacia; dall'altro ha rappresentato un momento di

transizione e di cambiamento in cui l'organizzazione, con i suoi dirigenti e dipendenti, ha lavorato con una prospettiva dell'ora e subito, non potendo esserci una visione di medio-lungo periodo.

A seguito della conclusione del Commissariamento l'azienda ha vissuto alcuni mesi di vacanza del Direttore generale, che sono state ricoperte ad interim dal direttore amministrativo nominato dalla Commissione. Solo nei primi giorni del mese di luglio 2017 è stato nominato il nuovo Direttore Generale e, successivamente, sono stati nominati i nuovi vertici aziendali – il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario – e, di conseguenza, è solo da pochi mesi che l'azienda si trova ad operare in una condizione di stabilità e con una prospettiva di continuità e medio-lungo termine. Tuttavia, va sottolineato che il secondo semestre del 2017 è stata comunque caratterizzato da un rilevante turn over di direttori e, tra l'altro, alcune nomine di direttori di UOC sono attualmente in corso di assegnazione. La nuova dirigenza ha comunque lavorato e sta lavorando per ripristinare, in tempi brevi, una situazione di regolare funzionamento, dando quindi la priorità a tutte quelle azioni che con il Commissariamento e il periodo di *interim* avevano subito un congelamento o un rallentamento.

Alla luce di tali considerazioni e tenuto conto del contesto organizzativo, della situazione in cui si trova ad operare l'Azienda, si ritiene non solo opportuno ma necessario continuare a lavorare, innanzitutto, sulla dimensione culturale del fenomeno corruttivo e di *malagestio*, ma allo stesso tempo rafforzare l'organizzazione attraverso interventi che, migliorando il lavoro e i livelli di servizio, riducono le possibilità di pratiche corruttive in senso ampio.

A tal fine, la Direzione Generale conferma gli obiettivi strategici nell'ambito della prevenzione della corruzione, che restano pertanto:

- **Costruire insieme con i dipendenti, gli utenti e gli stakeholder del territorio, una cultura del bene pubblico orientata da principi di legalità e integrità.**
- **Aumentare la capacità dell'organizzazione di riconoscere situazioni di potenziale corruzione.**
- **Ridurre le opportunità organizzative favorevoli alla realizzazione di eventi corruttivi.**

Tali obiettivi sono perseguibili attraverso la messa in atto delle misure identificate e progettate, alcune trasversali, altre mirate a processi e rischi specifici, identificate attraverso il lavoro di analisi dei processi e dei rischi di corruzione avviato nel corso del 2016 e terminato a fine 2017. Tali misure sono identificate e descritte nel presente Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2019-2020.





## 7. IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO

L'aggiornamento al PTPCT 2017-2019 è stato realizzato a partire dall'integrazione e revisione delle attività relative alle fasi di analisi di contesto e valutazione del rischio. Di seguito le attività e i risultati raggiunti, suddivisi in tre output:

- **La mappatura dei processi e le aree di rischio**, nel quale si rappresenta l'adeguamento e l'integrazione delle aree di rischio e dei processi ad esse associati, rispetto alle aree e ai processi mappati nel PTPC 2017-2019.
- **La mappatura degli eventi di rischio**, nel quale si riportano gli eventi di rischio di corruzione identificati e aggiornati in relazione ai processi mappati.
- **La valutazione impatto/probabilità dei rischi mappati**, nel quale si riporta una sintesi dei livelli di esposizione al rischio per aree di rischio e relativi processi.

Per una visione d'insieme e per i dettagli dei risultati si rinvia all'allegato **10.1 CATALOGO DEI PROCESSI-RISCHI-MISURE**.

### 7.1 LA MAPPATURA DEI PROCESSI E LE AREE DI RISCHIO

Le fonti informative alla base della mappatura dei processi e delle aree di rischio sono rappresentate principalmente dai risultati dell'attività di benchmark con altre aziende ospedaliere<sup>9</sup>, dalle indicazioni contenute nella parte speciale sanità della determinazione ANAC n.12 del 28 ottobre 2015 (Aggiornamento 2015 al PNA), dalle informazioni rilevate attraverso gli incontri con i direttori e responsabili di u.o.c e u.o.s. e, infine, dalla documentazione aziendale, in particolare: il PTPCT 2017-2019 dell'AO, i regolamenti aziendali, l'atto aziendale approvato con deliberazione n.150/2017.

Tale attività ha dato luogo ai seguenti risultati:

- Revisione e integrazione dei processi mappati e delle aree di rischio identificate.
- Approfondimento della descrizione di alcuni processi con relativa esplicitazione delle fasi.

Già nell'aggiornamento al PTPC 2015-2017 era stata avviata un'attività di razionalizzazione e sistematizzazione dei processi mappati, sia attraverso il coinvolgimento dei direttori e responsabili di U.O.C. e U.O.S., sia attraverso la consultazione della documentazione normativa ANAC che della documentazione aziendale. Tale attività aveva consentito di identificare i processi specifici della AO e di classificarli nelle aree di rischio generali e specifiche, seguendo le indicazioni ANAC contenute nell'Aggiornamento 2015 al PNA.

L'attività di aggiornamento del PTPCT 2017-2019 ha consentito di completare la mappatura dei processi, sia identificandone di nuovi, sia specificando le fasi di alcuni processi che erano già stati identificati. Tale attività ha consentito di passare dai 37 processi mappati nel PTPCT 2017-2019 ai 45 processi attualmente mappati e da 10 a 11 aree di rischio.

Di seguito una sintesi delle aree di rischio e dei relativi processi.

*Tabella 7: Aree di rischio e processi mappati dell'AO "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta*

<sup>9</sup> Sono stati consultati i PTPCT 2017-2019 delle AA.OO. di Catania, dell'Ordine Mauriziano, di Padova, di Pisa, di San Luigi-Piemonte, di Firenze e di Padova.

Aree di rischio	n. processi	Denominazione processi
1) Acquisizione e progressione del personale	4	1) Reclutamento del personale non dirigenziale per selezione pubblica; 2) Reclutamento del personale dirigenziale per selezione pubblica; 3) Progressioni di carriera; 4) Istituti incentivanti trattamento economico accessorio;
2) Incarichi e nomine	4	5) Assegnazione incarichi di consulenza secondo il 15 septies Dlgs 502/92 e successive modifiche; 6) Conferimento di incarichi di collaborazione; 7) Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001; 8) Procedure per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali;
3) Contratti pubblici	3	9) Approvvigionamenti; 9 bis) Somministrazione di lavoro a tempo determinato attraverso procedure di gara; 10) Convenzioni;
4) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	12	11) Utilizzo dei beni e risorse aziendali; 12) Richieste rimborsi spese; 13) Attribuzione budget; 14) Transazioni; 15) Liquidazione attività intramoenia; 16) Pagamento fornitori/creditori; 17) Incassi Ticket e gestione recupero crediti codice bianco; 18) Emissione mandati/incasso reversali; 19) Recupero crediti; 20) Gestione risarcimento danni; 21) Stipula di contratti di locazione e acquisizione/alienazione di beni immobili e mobili registrati; 22) Gestione beni mobili e immobili;
5) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	5	23) Attività di controllo di dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni; 24) Permessi e aspettative retribuite ex lege 104/92; 25) Attività di vigilanza, controllo e monitoraggio attività sanitarie; 26) Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente e convenzionato; 27) Attestazione della presenza in servizio.
6) Liste di attesa ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari	7	28. Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital;





		29. Prestazioni ambulatoriali (prima visita e controlli); 30. Accessi prioritari programmati; 31. Prestazioni ambulatoriali per la prescrizione di farmaci che necessitano di piano terapeutico; 32. Day Service; 33. Ricovero chirurgico programmato e in elezione; 34. Gestione pronto soccorso;
7) Attività libero professionale	2	35) Autorizzazione Attività ALPI; 36) Realizzazione attività intramoenia;
8) Farmaceutica	1	37) Gestione farmaci e dispositivi medici;
9) Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione	2	38) Sperimentazioni; 39) Sponsorizzazioni di attività non formative e formative;
10) Medicina legale	3	40) Medicina legale Certificativa; 41) Medicina legale Necroscopica Aziendale; 42) Obitorio giudiziario;
11) Affari legali e contenzioso	3	43) Assistenza legale gestita da avvocatura interna; 44) Assistenza legale gestita da avvocati nominati sulla base della short list; 45) Procedimenti legali nei confronti dipendenti per responsabilità professionale e rimborso spese di giustizia

## 7.2 LA MAPPATURA DEGLI EVENTI DI RISCHIO

Le fonti informative alla base della mappatura e analisi degli eventi di rischio sono le stesse della mappatura delle aree di rischio e dei processi, a cui si aggiungono alcune ricerche, in particolare il “Libro bianco sulla Corruption in Sanità” dell’ISPE e il report 2017 “Curiamo la corruzione. Percezioni rischi e sprechi in sanità” a cura di Transparency International Italia, in partnership con Censis, ISPE - Sanità e RiSSC.

Già nel processo di aggiornamento del PTPC 2015-2017, si era proceduto a verificare l’esaustività e la congruenza degli eventi di rischio precedentemente identificati, a identificarne di nuovi laddove ritenuto opportuno e ad esplicitare le cause del verificarsi degli eventi corruttivi mappati. Nel processo di aggiornamento del PTPCT 2017-2019 si è proceduto ad identificare dei nuovi rischi o ad attribuire quelli già identificati ai nuovi processi o fasi: **gli eventi corruttivi mappati sono passati da 105 a 111**. L’attività di aggiornamento si è concentrata, in particolare, sulla condivisione e validazione dei rischi mappati – tenuto conto anche del cambio di dirigenza – e, soprattutto, sull’analisi organizzativa per verificare la sussistenza o meno delle cause già identificate e per identificarne di nuove.

Di seguito si riporta una sintesi degli eventi di rischio per aree di rischio e processi interessati.

Tabella 8: Lista degli eventi corruttivi per aree di rischio

Aree di rischio	Eventi rischiosi
-----------------	------------------

**1) Acquisizione e progressione del personale**

1. Alterazione del fabbisogno di personale (profili e quantità).
2. Evitare intenzionalmente la stabilizzazione per favorire l'assunzione di altro personale.
3. Ricorrere agli avvisi e alle procedure concorsuali bypassando la mobilità e lo scorrimento di graduatorie per favorire l'assunzione di personale determinato ex ante.
4. Previsione di requisiti di selezione "personalizzati", eccessivamente dettagliati o generici, allo scopo di reclutare candidati determinati ex ante.
5. Scelta di un periodo (es. periodi festivi) per la pubblicazione del bando in cui può essere limitata la partecipazione del maggior numero di candidati possibili.
6. Accettazione domande pervenute oltre la scadenza.
7. Omissione o non adeguata verifica dei requisiti.
8. Composizione pilotata della commissione di concorso al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante.
9. Accordi e/o pressione sui componenti della commissione al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante.
10. Definizione di criteri per valutare i titoli e attribuire i punteggi in modo da favorire candidati definiti ex ante,
11. Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.
12. Opacità della pubblicazione dei risultati.
13. Frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire.
14. Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione.
15. Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari.
16. Arbitraria assegnazione della retribuzione di risultato.

**2) Incarichi e nomine**

17. Utilizzo strumentale dell'art. 15-septies del D.lgs. 502/92 al fine di conferire un incarico dirigenziale per interessi privati e/o corruttivi.
18. Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione.
19. Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi.
20. Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.
21. Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente rispetto ad altri.
22. Abuso nell'adozioni di provvedimenti di autorizzazione di incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001 al fine di favorire particolari soggetti.
23. Esercizio non autorizzato di attività extra-istituzionale o in violazione della disciplina che detta modalità e limiti all'esercizio medesimo.
24. Accordi e/o pressioni al fine di favorire la nomina di un dipendente.
25. Utilizzo distorto dello strumento di revoca a fini ricattatori/pressioni per finalità corruttive/personali.
26. Mancata rilevazione/omissione di inadempienze al fine di evitare la revoca dell'incarico, per finalità corruttive/personali.

**3) Contratti pubblici**

27. Frazionamento delle forniture.
28. Duplicazione e sovrapposizione di forniture equivalenti (Attivazione di procedure una tantum).
29. Utilizzo distorto della proroga al fine di favorire un fornitore.
30. Omessa rilevazione o segnalazione di incompatibilità e inconferibilità del RUP.

NE



31. Mancanza di requisiti previsti dal codice appalti.
32. Fughe di notizie.
33. Clausole e requisiti di partecipazione che limitano la concorrenza.
34. Artificiosa determinazione dell'importo a base d'asta per eludere le norme sulle procedure da porre in essere.
35. Accordi collusivi con le imprese.
36. Non corretta valutazione degli importi a base d'asta nonché delle specifiche tecniche e funzionali dei prodotti/servizi da acquisire.
37. Nomina dei commissari in conflitto di interessi o privi di necessari requisiti
38. Applicazione distorta dei criteri di valutazione
39. Errata definizione e ponderazione dei parametri e criteri valutativi in caso di aggiudicazione mediante OEV
40. Mancata definizione dei criteri motivazionali per l'attribuzione dei punteggi in caso di OEV
41. Applicazione distorta e non congrua nella attribuzione dei punteggi per specifiche tecnico funzionali che individuano un unico operatore economico
42. Alterazione o sottrazione documentazione di gara
43. Mancanza di valutazione o valutazione alterata dell'offerta anomala
44. Alterazione od omissione dei controlli e delle verifiche
45. Mancato rispetto dei termini previsti dalla normativa di settore
46. Mancato inserimento di tutte le clausole capitolari che disciplinano l'esecuzione del contratto
47. Modifica in sede di stipula delle condizioni previste dal capitolato tecnico e speciale
48. Mancata previsione della progettazione offerta
49. Alterazioni nell'oggetto dell'appalto
50. Aggravio di costi per l'azienda
51. Eventuali variazioni contrattuali rispetto alle indicazioni fornite dalle centrali di committenza
52. Mancata verifica requisiti subappaltatore
53. Eccessivo ricorso alle varianti
54. Mancata verifica dell'effettivo avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma
55. Pagamenti ingiustificati
56. Bypassare la selezione pubblica attraverso assunzioni per il tramite di agenzie di somministrazione di lavoro
57. Iscrizione alla società somministratrice di persone che si vuole favorire nell'assunzione presso l'AO
58. Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione al fine di favorire determinati professionisti o società
59. Convenzioni passive: Attivare la convenzione in situazioni di urgenza o in tempi tali da favorire la richiesta di un medico determinato ex ante
60. Convenzioni attive: inviare personale determinato ex ante





<b>4) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio</b>	61. Indebito utilizzo delle linee telefoniche, fisse e mobili, di internet, dell'auto aziendale e di altri beni aziendali per scopi personali. 62. Falsificazione documentazione comprovante la spesa. 63. Intenzionale omissione di controllo per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio. 64. Alterazione dei dati volta a favorire una struttura nell'assegnazione del budget 65. Favorire un determinato creditore e/o debitore piuttosto che un altro. 66. Favorire nell'ordine di pagamento un professionista 67. Indebita percezione di emolumenti economici 68. Abuso nella definizione/applicazione dei criteri di priorità di pagamento al fine di favorire taluni creditori/fornitori. 69. Appropriazione indebita delle somme incassate a titolo di pagamento ticket. 70. Falsa autodichiarazione e accettazione al CUP per ottenere l'esenzione in caso di assegnazione codice bianco 71. Alterazione delle liste di nominativi dei beneficiari esenzione in caso di codice bianco 72. Distrazione di risorse mediante alterazione/falsificazione dei dati/documenti. 73. Favorire utenti non solventi. 74. Favorire il soggetto danneggiato. 75. Sottoscrizione di condizioni di acquisto, alienazione o locazione volti a far prevalere l'interesse della controparte privata rispetto all'interesse dell'amministrazione. 76. Intenzionale errata contabilizzazione dei beni mobili e immobili
<b>5) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</b>	77. Intenzionale omissione di controllo per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio. 78. Utilizzo dei permessi o aspettative per l'assistenza a persone con grave disabilità per finalità diverse da quelle cui tali istituti sono preordinati. 79. Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle loro conseguenze negative (es. preavvertire il destinatario; falsificare l'esito dei controlli; sottrarre o alterare atti, cartelle cliniche, prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti). 80. Alterazione dati inseriti nella SDO da parte del medico 81. Alterazione dati di consumo beni (farmaci e dispositivi medici) 82. Favorire il dipendente/convenzionato sottoposto a procedimento disciplinare. 83. Omissione da parte del direttore della UO di attivare la conseguente procedura entro la tempistica prevista. 84. Intenzionale mancata chiusura del procedimento nei tempi previsti 85. Falsa attestazione della presenza in servizio. 86. Modifica dolosa della registrazione della presenza in servizio.
<b>6) Liste di attesa ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari</b>	87. Elusione dei regolamenti concernenti l'Inserimento in lista di attesa 88. Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. 89. Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private. 90. Falsa assegnazione del codice per finalità corruttive/interessi personali 91. Bypassare la lista di attesa attraverso l'accesso in pronto soccorso per urgenza
<b>7) Attività libero professionale</b>	92. Favorire un soggetto nell'ottenimento di autorizzazioni per l'esercizio dell'attività intramoenia e intramoenia allargata. 93. Svolgimento dell'attività intramoenia allargata in violazione delle regole stabilite (es. in orario di lavoro, in spazi non autorizzati, omettendo la fatturazione).
<b>8) Farmaceutica</b>	94. Abuso della propria autonomia professionale nella inappropriata prescrizione di farmaci e materiale sanitario al fine di favorire la diffusione di un determinato prodotto, oppure al fine di frodare il Servizio Sanitario o

	<p>acquisire vantaggi personali.</p> <p>95. Arbitrio nella prescrizione dei prodotti fuori gara regionale.</p> <p>96. Errata contabilizzazione o sottrazione dei farmaci registrati e consegnati da parte della farmacia.</p> <p>97. Sottrazione di farmaci presso la farmacia, o durante il trasporto o alla consegna (modificato e accorpato più rischi)</p> <p>98. Non corretta gestione dell'intero processo di utilizzo dei farmaci e dispositivi medici al fine di frodare il Servizio Sanitario o acquisire vantaggi personali.</p> <p>99. Alterazione delle informazioni relative al parco macchine e/o alle singole attrezzature al fine di anticipare la sostituzione e/o indurre ad acquisire attrezzature non necessarie.</p> <p>100. Omissione di manutenzione finalizzata a rendere non riutilizzabili le apparecchiature.</p>
<b>9) Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione</b>	<p>101. Far prevalere l'interesse personale dello sperimentatore e altri soggetti coinvolti al fine di ottenere benefici economici.</p> <p>102. Pressione dello sperimentatore e/o di altri soggetti coinvolti su componenti del Comitato etico di riferimento al fine di ottenere benefici e vantaggi privati</p> <p>103. Accettazione impropria di donazioni, comodati d'uso e sponsorizzazioni</p>
<b>10) Medicina legale</b>	<p>104. Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .</p> <p>105. Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione del danno biologico</p> <p>106. Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficiale ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per conduzione autoveicoli, motoveicoli, natanti).</p> <p>107. Chiamata/imposizione delle ditte funerarie da parte degli operatori</p> <p>108. Mancata attivazione di convenzioni per l'utilizzo dell'obitorio giudiziario con le amministrazioni comunali che sono tenute al rimborso delle spese, al fine di favorirle</p>
<b>11) Affari legali e contenzioso</b>	<p>109. Omissione di informazioni per l'istruttoria al fine di agevolare il soggetto terzo ricorrente</p> <p>110. Intraprendere la via giudiziale anche quando non ricorrono gli estremi di vantaggio dell'ente, al fine di vantaggi personali</p> <p>111. Mancata costituzione dell'ente come parte civile al fine di favorire il dipendente</p>

### 7.3 LA VALUTAZIONE IMPATTO/PROBABILITÀ DEI RISCHI MAPPATI

La valutazione dell'impatto e della probabilità degli eventi di rischio è stata aggiornata sulla base di un livello qualitativo-soggettivo di valutazione, espresso dai direttori e responsabili di uu.oo.cc e uu.oo.ss.

In particolare, durante gli incontri realizzati con i direttori e responsabili di uu.oo.cc e uu.oo.ss, è stata attribuita una valutazione bassa, media o alta ai rischi mappati in relazione ai processi indagati, sulla base della loro conoscenza/esperienza/percezione dell'esposizione al rischio e della rilevanza del danno. Il giudizio di valore espresso è stato il frutto di una valutazione basata su diversi elementi: l'analisi organizzativa e la capacità dei sistemi gestionali e di controllo di neutralizzare le cause degli eventi corruttivi identificati; la valutazione del contesto culturale interno ed esterno che può favorire la legittimazione di azioni corruttive o non etiche; gli impatti generabili in termini di risorse economiche sprecate e mal gestite, di disservizi e di mancata qualità del servizio, nonché di mancata risposta ai bisogni degli utenti/pazienti.



Tendenzialmente, la valutazione del livello di rischio per processo è risultata più bassa rispetto all'anno precedente, alla luce dei cambiamenti organizzativi e gestionali attivati e in corso di attuazione. Tuttavia, l'AO per mantenere un approccio prudentiale, ritiene opportuno considerare aree e processi attenzionati tutti quelli che mantengono un livello di valutazione medio e alto; per le aree e processi con livello di valutazione basso, comunque l'AO verifica costantemente la attuazione e validità delle procedure organizzative in atto al fine di un corretto presidio dei rischi identificati.

I risultati di tale valutazione sono riportati in dettaglio nell'allegato **10.1 CATALOGO DEI PROCESSI-RISCHI-MISURE**.

## 8. MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO: STATO DELL'ARTE E RISULTATI ATTESI

Nell'ambito del PTPCT 2017-2019 è stato costruito un Piano degli interventi in cui sono state riportate le diverse misure identificate a fronte dei rischi mappati, classificate per tipologia di interventi. Nel Piano erano confluite sia misure da attuare nel corso del triennio di programmazione, sia misure di cui valutare sia la sostenibilità economico-finanziaria che la fattibilità organizzativa. Per quanto riguarda le prime, si riporta di seguito una tabella riassuntiva con lo stato dell'arte.

*Tabella 9: Stato di attuazione delle misure identificate nel Piano degli interventi 2017-2019*

Tipologia misure	Misura integrativa	Stato di attuazione
Misure di informatizzazione	Informatizzare la gestione della short list	Misure da verificare e inserire nell'ambito della nuova assegnazione del servizio triennale di assistenza, manutenzione, conduzione ed evoluzione del sistema informativo aziendale. (Procedura aperta: termine presentazione delle offerte 29/12/2017).
	Collegare l'informatizzazione del magazzino per la manutenzione dell'AO con la richiesta di intervento al fine di avere una visione just in time del carico/scarico, con finalità programmatiche.	
	Valutare la possibilità di integrare il software AREAS inserendo un alert sui contratti in scadenza almeno quattro mesi prima.	
	Integrazione tra sistema di gestione CUP dei pagamenti a sportello e sistema aziendale	L'integrazione è stata posticipata all'avvio dell'adesione al sistema SIAC di SORESA, previsto nel corso del 2018. In questo allineamento rientrano anche i pagamenti avvenuti per cassa, allo sportello, per attività ALPI. Il Sistema SIAC consentirà anche la gestione dei flussi informativi.
	Informatizzazione della cartella clinica	Pubblicato il bando per l'attuazione

	Processo di centralizzazione del magazzino farmacia, per l'acquisto, anche per gli ordini fuori SORESA	in corso di realizzazione: si sta lavorando alla corretta codifica dei farmaci delle UOC che avranno un ruolo di punto istruttore verso la farmacia - UOC Anatomia patologica, UOC Patologia Clinica , UOC Medicina Immunotrasfusionale.
	inventariazione totale delle apparecchiature elettromedicali di bassa e media tecnologica	Nuovo bando SORESA in corso di aggiudicazione - al momento c'è l'aggiudicazione provvisoria
<b>Misure di regolamentazione</b>	Regolamento liste di attesa area medica - delibera n. 123/2017	Approvato e in corso di implementazione
	Regolamento accettazione, erogazione e prescrizione esami diagnostici	È in corso di adozione
	Regolamento liste di attesa area chirurgica - deliberazione 468 del 14/09/2016	E' in corso di perfezionamento l'informatizzazione delle attività di ricovero in area chirurgica, come da regolamento
	Regolamento di Polizia Mortuaria	In fase di adozione

Per quanto riguarda il processo di valutazione della fattibilità e sostenibilità delle misure identificate, sono stati coinvolti i direttori e i responsabili di uu.oo.cc. e uu.oo.ss.. Innanzitutto, tenuto conto anche del cambio di dirigenza avvenuto nel corso del 2017, si è proceduto a condividere le finalità e l'oggetto delle misure identificate, a valutarne l'adeguatezza e l'opportunità di attivazione, considerando anche le nuove condizioni in cui l'amministrazione si trova ad operare, determinate sia dal contesto normativo che da azioni strategiche ed operative intraprese nel corso del 2017. Tale processo ha consentito di razionalizzare e sistematizzare le varie misure identificate, facendo in molti casi confluire piccoli interventi in misure uniche e sistemiche, applicabili anche a più unità organizzative o rendendole completamente trasversali all'azienda. Per le misure revisionate e aggiornate si è proceduto a definirne la progettazione esecutiva e il sistema di monitoraggio per l'attuazione.

Di seguito una sintetica rappresentazione delle misure integrative da attuare nel corso del triennio 2018-2020.

*Figura 4: Misure integrative progettate*



#### MISURE DI CONTROLLO

- Sistema di Alert
- Attività informativa e di supporto del controllo di gestione alle unità operative
- Controlli di secondo livello
- Inserire il controllo come obiettivo di performance dirigenziale
- Monitoraggio procedimenti disciplinari
- Controlli a campione della presenza in servizio
- Controllo a campione ex post sul rispetto delle procedure di reclutamento
- Monitoraggio attuazione regolamenti liste d'attesa

#### MISURE DI TRASPARENZA

- Pubblicazione delle convenzioni attivate
- Regolamentazione e pubblicazione delle modalità di attivazione delle convenzioni
- Pubblicazione su sito in sezione "Sponsorizzazioni dipendenti"

#### MISURE DI FORMAZIONE

- Informazione e sensibilizzazione sul sistema di prevenzione della corruzione
- Formazione specialistica

#### MISURE DI REGOLAMENTO

- Regolamento unitario programmazione e attuazione approvigionamenti
- Integrazione Regolamento regionale per il reclutamento del personale non dirigente per selezione pubblica
- Integrazione Regolamento regionale per il reclutamento del personale dirigente per selezione pubblica
- Aggiornamento regolamento aziendale per l'affidamento di incarichi di consulenza tecnica
- Creazione di una short list docenti
- Integrazione Regolamento ALPI
- Aggiornamento Codice etico e di comportamento

#### MISURE DI INFORMATIZZAZIONE

- Piano di internalizzazione del sistema informativo aziendale

#### MISURE PER IL CONFLITTO DI INTERESSI

- Policy di gestione del conflitto di interessi

Al fine di favorire l'integrazione della prevenzione della corruzione nel ciclo di gestione della performance, per ciascun direttore o responsabile di uu.oo.cc. e uu.oo.ss., l'attuazione delle misure di prevenzione identificate e di loro responsabilità, costituirà un obiettivo di performance organizzativa e dirigenziale.

## 9. LA TRASPARENZA EX D.LGS 33/2013 E D.LGS. 97/2016

### 9.1 PREMESSA

L'AO ha avviato da tempo processi finalizzati al rispetto degli obblighi di trasparenza di cui alla Legge n. 190/12 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e al D.lgs. n. 33/13 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Infatti, in considerazione dell'art. 9 del citato Decreto 33/2013, è stata creata la sezione "Amministrazione Trasparente" sul sito istituzionale dell'Ente.

Inoltre, in considerazione dell'art. 10 del citato Decreto 33/2013, nell'anno 2013 è stato adottato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2013-2015 (deliberazione n° 691 del 17 settembre 2013), e successivamente, nel 2015 è stato adottato il nuovo Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015 – 2017 (deliberazione n. 201 del 7 agosto 2015).

Alla luce delle revisioni apportate alla normativa sulla trasparenza dal D.lgs. 97/2016 "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", Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità è stato inserito nell'ambito del Piano triennale della prevenzione della corruzione, costituendone una sezione specifica.

Nell'attuazione delle revisioni previste dal suddetto decreto, l'AO ha tenuto conto, altresì, delle indicazioni fornite dalle Linee guida emesse dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, sulle principali e più significative modifiche intervenute, e con determinazione n. 1309 del 28 dicembre 2016, in materia di accesso civico ed obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni (pubblicate nella G.U. n. 7 del 10 gennaio 2017).

Inoltre, sempre alla luce delle revisioni introdotte dal D.lgs. 97/2016 al Responsabile della prevenzione della corruzione è stato attribuito anche il ruolo di Responsabile della trasparenza, divenendo quindi Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (deliberazione della Commissione Straordinaria n.100 del 4/03/2016).

Infine, è stato nominato il RASA, il sig. Carlo Mazzearella, assistente amministrativo, afferente all'u.o.c. Provveditorato ed Economato.

## 9.2 OBIETTIVI STRATEGICI DELLA TRASPARENZA

Gli obiettivi strategici ed operativi in materia di trasparenza sono strutturati con lo specifico scopo di assicurare l'alimentazione costante e continua dei dati da pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente, oltre che la loro correttezza e completezza.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico dell'AO e, a tal fine gli obiettivi operativi di trasparenza che intende perseguire sono i seguenti:

- miglioramento complessivo e costante della qualità dei dati pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente, attraverso un'attività di supporto ai responsabili del trattamento e pubblicazione dei dati e attività di formazione mirate.
- diffusione della cultura della trasparenza, attraverso attività di formazione e sensibilizzazione;
- monitoraggio e controllo periodico da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- coordinamento con gli obiettivi strategico - gestionali dell'AO al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti in materia di trasparenza, attraverso l'attribuzione di obiettivi di performance e dirigenziali specifici per l'attuazione della trasparenza.

## 9.3 FLUSSI INFORMATIVI E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Nella tabella presente nell'allegato 9.2 "OBBLIGHI DI TRASPARENZA EX D.LGS. 33/2013" del presente Piano, sono inserite le informazioni relative agli obblighi di pubblicazione; nello specifico sono indicati l'oggetto della pubblicazione, i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione, laddove diversi dai primi, e i tempi di attuazione e aggiornamento dell'obbligo di pubblicazione.



#### 9.4 VIGILANZA E MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI

Gli obblighi di pubblicazione saranno attuati da tutte le strutture coinvolte, indicate nelle tabelle di cui all'allegato 10.2 del presente PTPCT 2018\_2020, con il coordinamento del Responsabile della Corruzione e della Trasparenza (RPCT). Le misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza spettano RPCT e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza provvede a:

- monitorare, sistematicamente, la regolarità e tempestività dei flussi informativi, attraverso la navigazione nella sezione "Amministrazione trasparente". Il monitoraggio è effettuato a campione sulla totalità degli obblighi di pubblicazione. Qualora riscontri inadempienze e/o irregolarità di livello significativo, il RPCT sollecita il Responsabile della individuazione/elaborazione/pubblicazione dei dati a provvedere in merito, assegnando un termine non inferiore a 10 giorni e non superiore a 30 giorni, salvo eccezioni debitamente motivate; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il RPCT provvede a segnalare la circostanza alla Direzione aziendale, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e/o agli ulteriori organismi che – a seconda delle circostanze – sono interessati;
- riscontrare le specifiche richieste da parte dell'ANAC in materia di attuazione del principio di trasparenza;
- supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), secondo le specifiche richieste ed ai fini dell'attività di verifica di sua competenza.

Il monitoraggio avrà cadenza semestrale e riguarderà l'attuazione degli obblighi di pubblicazione, anche attraverso la scansione delle informazioni, dati e documenti da pubblicare e l'indicazione degli scostamenti da quanto previsto nella tabella degli obblighi, di cui all'allegato 10.2 del presente Piano. Sarà supportato anche dalla redazione di apposito report, al fine di monitorare sia il processo di attuazione sia l'utilità ed usabilità dei dati inseriti, in riferimento ai seguenti fattori:

- costante aggiornamento;
- completezza;
- tempestività;
- comprensibilità;
- omogeneità;
- attestazione della conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda;
- formato dei dati: aperto o rielaborabile.

Il RPCT potrà effettuare ulteriori controlli a campione, per verificare l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

All'Organismo Indipendente di Valutazione compete il preciso compito di attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità. I relativi esiti sono pubblicati sulla sezione "Amministrazione trasparente" del sito web aziendale, nella sotto sezione "Disposizioni Generali".

#### 9.5. ACCESSO CIVICO

In ossequio a quanto disposto dall'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dall'art. 6 del D.lgs. 97/2016, l'AO, con lo strumento dell'accesso civico, riconosce il cittadino come attore fondamentale della trasparenza, attribuendo ad esso un potere di controllo generalizzato sui dati,





documenti e informazioni, oggetto di pubblicazione obbligatoria e ulteriore.

Nella sezione del sito istituzionale "Amministrazione trasparente" – Sottosezione "Altri contenuti/accesso civico" sono pubblicate le modalità da seguire per presentare le richieste di accesso civico semplice e accesso civico generalizzato e i nominativi e contatti dei soggetti tenuti all'acquisizione delle richieste e relativa istruttoria ed evasione delle stesse.

Nel caso dell'accesso civico semplice, il soggetto responsabile è identificato nel RPCT e nel soggetto titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta.

Nel caso dell'accesso civico generalizzato, l'AO nel corso del primo trimestre del 2018 provvederà ad identificare un ufficio qualificato atto a gestire le istruttorie; nelle more della definizione del soggetto responsabile, il RPCT è il soggetto tenuto alla gestione delle istanze.





## 10. ALLEGATI:

### 10.1 CATALOGO DEI PROCESSI-RISCHI-MISURE

Si rinvia al documento excel contenente per ciascuna area di rischio:

- La mappatura dei processi con eventuale relativa descrizione delle fasi.
- L'elenco degli eventi rischiosi e delle relative cause, associate ai singoli processi.
- L'indicazione delle Unità organizzative coinvolte nei processi.
- La mappatura delle misure esistenti congrue rispetto gli eventi rischiosi identificati.
- L'indicazione delle misure integrative.

A completare il documento vi sono ulteriori fogli contenenti le specifiche di progettazione delle misure integrative identificate.

### 10.2 OBBLIGHI DI TRASPARENZA EX D.LGS. 33/2013

Si rinvia al documento excel contenente per ciascun obbligo di pubblicazione lo stato dell'arte, il Responsabile della individuazione e/o elaborazione dei dati e il responsabile della pubblicazione dei dati.







**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante**

nominato con D.G.R.C. n. 297 del 23.05.2017  
impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.212 del 30.05.2017  
deliberazione D.G. n. 1 del 31.05.2017 – immissione in servizio

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore U.O.C.
- Visto i pareri favorevoli resi sulla stessa dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

**DELIBERA**

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

- di adottare l'allegato documento "PTPC 2018-2020", che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di trasmettere copia della presente deliberazione e l'accluso piano, ai fini dell'esatta osservanza, alla Direzione Sanitaria Aziendale, alla Direzione Amministrativa, ai Direttori di Dipartimento, ai Responsabili delle uu.oo.cc. e uu.oo.ss.dd. amministrative e sanitarie, al Collegio Sindacale, al Collegio dei Sanitari, al Dipartimento della Funzione Pubblica, all'ANAC e alla Regione Campania;
- di autorizzare la pubblicazione integrale del presente atto sul sito internet aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

**IL DIRETTORE GENERALE**  
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



