

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO

Premessa

La presente sottosezione, sulla base delle indicazioni del PNA 2022- 2024 e s. m. e dell'art. 3 c. 1 lett. c) del DM 132/2022 contiene:

Definizione degli obiettivi strategici

1. la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
2. la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;
3. la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
4. l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle amministrazioni delle misure previste dalla legge n.190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
5. la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
6. il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
7. la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

Per i grandi enti, il PNA 2022 – 2024 ha rappresentato un atto di indirizzo importante ai fini della redazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e lo sono ancora di più, per quegli enti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale, la determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2025 e il PNA 2016 approvato con Delibera n. 831 del 3 agosto 2016, dal momento che entrambe recano un capitolo dedicato alla Sanità, in un settore così delicato, in cui la materia dell' anticorruzione e dei suoi decreti attuativi deve fare i conti con una particolare disciplina di settore.

Sempre al settore sanitario si riferisce un altro importantissimo atto di indirizzo, ovvero la Delibera ANAC n. 358 del 29 marzo 2017, recante *le linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale*, con cui l'Autorità ha fornito indicazioni su come redigere i propri codici di comportamento.

Tuttavia, questi interventi normativi che delineano in maniera rigorosa l' applicazione della disciplina dell' anticorruzione e dei suoi decreti attuativi nel settore sanitario, sono oggi destinati a fare i conti con tutta una normativa post COVID e post adozione del PNRR, che come prima mission ha puntato alla digitalizzazione e alla semplificazione dell' azione amministrativa ; un esempio su tutti da richiamare è quello relativo alla nuova disciplina in materia di trasparenza e pubblicità legale dei contratti pubblici contenuta nel d.lgs. n. 36/23.

Sono tutti interventi normativi che sono stati poi recepiti negli ultimi atti dell'ANAC, motivo per il quale è intenzione dell'Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta fare una ricognizione delle novità, in modo da recepirle nella presente sezione, al fine di garantire l'introduzione di una efficace strategia di lotta alla corruzione, segnando un evidente cambio di passo rispetto al passato.

Definizione degli *obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza* nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO

L' art 3 c. 1 lett. c) del DM n. 132/2022 recante la disciplina del c.d. PIAO, richiama la modifica apportata dall' art 41 del d.lgs. n. 97/16 all' art 1 c. 8 della l. n. 190/12, il quale interviene a definire l'impegno dell'organo politico nella lotta alla corruzione e le conseguenti responsabilità in capo a quest' ultimo derivanti da scelte non conformi al quadro normativo vigente.

Di seguito gli obiettivi strategici fissati dall' organo di indirizzo politico per l'anno 2026 che confluiranno nel presente PIAO

- a) Obiettivo strategico in materia di Trasparenza:** *“verifica straordinaria in corso d'anno in Amministrazione Trasparente, in particolare nella sottosezione Bandi di Gara e Contratti al fine di monitorare la corretta attuazione della novella legislativa introdotta con l'art. 28 del D. Lgs 36/2023”*
- b) Obiettivo strategico in materia di Anticorruzione:** *“Sensibilizzazione al rispetto della normativa in materia di conflitto di interessi tramite adozione di direttiva ad hoc e monitoraggio della misura in ossequio alla Delibera Anac n. 63/2023”.*

L' organo di indirizzo politico vigila sull' attuazione degli obiettivi stabiliti con azioni di impulso all' RPCT.

ART 1 **ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO**

Per quanto riguarda il campo di azione stabilito dapprima dal PNA 2022 e s.m. e successivamente dalla disciplina del PIAO, il primo elemento richiesto dalla disciplina di semplificazione è proprio *“la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi”*;

Questa attività ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

Per l'analisi del fenomeno, quindi, sulla scorta di quanto consigliato anche dall'ANAC, è di pregevole ausilio la lettura di quanto riportato nella relazione della Direzione Investigativa Antimafia del I e II semestre del 2024 disponibile al seguente link : <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/> , la quale a pag. 18 , reca nello specifico *“un' Analisi del fenomeno criminale della camorra e delle altre organizzazioni mafiose campane”*, in particolare si legge che *“con il termine camorra viene univocamente definito il fenomeno mafioso campano nelle sue diverse forme, che assume specifiche peculiarità in ragione*

dei differenti contesti territoriali in cui ha avuto origine e si è evoluto. Accanto ad organizzazioni criminali che potrebbero essere definite, per struttura e per capacità delinquenziali, di “livello inferiore” – condensate attorno a piccoli nuclei familiari ed orientate principalmente allo spaccio di stupefacenti e alle pratiche estorsive in danno di attività commerciali, oltre che ai più comuni reati predatori – coesistono, in posizione sovraordinata, organizzazioni mafiose di più lunga tradizione, che nel tempo si sono evolute in strutture organizzative più complesse per il conseguimento di una molteplicità di interessi illeciti. Queste ultime, sulla spinta di cointerescenze criminali, protendono verso alleanze che spesso si consolidano in “cartelli” o “confederazioni” e adottano strategie sistemiche all’interno del contesto socio-economico in cui operano anche oltre le aree di tradizionale immanenza, agendo come vere e proprie “imprese mafiose “. Proseguendo nella lettura, vi è un approfondimento su alcune attività illecite: .. “ Con riferimento agli interessi illeciti, il traffico e lo spaccio di droga, le estorsioni e l’usura restano gli ambiti maggiormente diffusi e più remunerativi per i gruppi camorristici, anche minori, sempre pronti a contendere il controllo del territorio non esitando a fare ricorso alla violenza. Tuttavia, più recenti esiti investigativi hanno riscontrato un crescente e diffuso interesse per le attività illecite ad alto profitto e con ridotto rischio giudiziario quali il controllo delle aste fallimentari e delle procedure di esecuzione immobiliare, il ricorso alle c.d. società “cartiere” per l’emissione di fatture per operazioni inesistenti allo scopo di riciclare denaro, ovvero realizzare frodi fiscali. Per quanto concerne la distribuzione geografica del fenomeno camorristico in Campania, le province di Napoli e Caserta si confermano le aree ove la criminalità mafiosa opera con maggiore incidenza e in forma più qualificata. Qui, invero, operano i grandi cartelli ed altri sodalizi più strutturati rispetto ai quali è ragionevole dedurre che la connotazione economica abbia surclassato quella militare.. ”.

Prosegue la relazione con un approfondimento della situazione territoriale della Provincia di Caserta a pag. 123, in cui si legge che “*Il fenomeno mafioso nella provincia di Caserta ha storicamente il suo epicentro a Casal di Principe – estendendosi anche ai circostanti Comuni dell’agro-aversano e del restante territorio del capoluogo – ove ha avuto origine e si è evoluto il cartello camorristico dei CASALESI, in passato definito “senza tema di smentita, il più potente gruppo mafioso operante in Campania...dai connotati più similari alle organizzazioni mafiose siciliane che alle restanti organizzazioni camorristiche campane”.*

Dalla relazione emerge un contesto difficile e pericoloso in cui l’Azienda ospedaliera si trova ad operare e ciò impone una particolare attenzione nella predisposizione delle misure di prevenzione della corruzione e un loro costante monitoraggio al fine di dare concreta attuazione alla strategia di lotta alla corruzione messa in atto dall’ente.

ART 2 **ANALISI DEL CONTESTO INTERNO**

Per quanto riguarda il campo di azione stabilito dapprima dal PNA 2022 e s.m. e successivamente dalla disciplina del PIAO, secondo i criteri riportati in premessa, **il secondo elemento** richiesto **concerne “la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell’ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l’esposizione al rischio corruttivo”.**

Essa riguarda gli aspetti legati all’organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall’altro, il livello di complessità di un ente pubblico o pubblica amministrazione.

Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza.

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

- ❖ L' organo di indirizzo politico nelle strutture sanitarie è il **Direttore Generale**, il quale:
 - Nomina il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
 - Fissa gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza nella logica di una sua effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione ex art 1. C. 8, l. n. 190/12 e che sono destinati a confluire nei documenti di programmazione strategico gestionale adottati dall' Azienda al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti.
 - Approva il Piano Integrato di attività ed organizzazione, c.d. PIAO

Con Delibera di Giunta Regionale Campania n. 591 del 06/08/2025 è stato individuato quale Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta il Dr. Gennaro Volpe e con successivo Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 109 del 08/08/2025 è stato nominato il Dr. Gennaro Volpe a Direttore Generale della medesima Azienda per la durata di anni cinque, ai sensi dell'art. 18 bis, della L.R. Campania n. 32/1994

Nell'obiettivo di programmare e integrare in modo più incisivo e sinergico la materia della trasparenza e dell'anticorruzione l'art 41 c. 1, lett. f) del d.lgs. n. 97/16 ha modificato l' art. 1, co. 7, della legge 190/2012 determinando l'unificazione in capo ad un unico soggetto del ruolo di **Responsabile della prevenzione della corruzione e oggi anche della trasparenza, (RPCT)**.

- ❖ **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, individuato dall'organo di indirizzo politico nella persona del dott. Pasquale Giugliano (Direttore dell'U.O.C. Medicina Legale), nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 124 del 13/10/2025. Tutti i compiti dell'RPCT sono riassunti nella delibera n. 840 del 2 ottobre 2018 e nell' All. 3) al PNA 2022- 2024. In particolare:
 - **L'art 1, co. 8, l. 190/2012**, stabilisce l'obbligo per l'RPCT di predisporre – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) oggi sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e di sottoporlo all'Organo di indirizzo politico (il Direttore Generale) per la necessaria approvazione.
 - **L'art 1, co. 7, l. 190/2012** impone all' RPCT di segnalare sempre all'Organo di indirizzo politico e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) *le «disfunzioni» inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza»*
 - **L'art 1, co. 10, l. 190/2012** prevede che l'RPCT verifichi l'efficace attuazione del PTPCT e la sua idoneità e proponga modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione

- **L'art. 1, co. 14, l. 190/2012** stabilisce che l'RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC. **La relazione annuale va inviata all' organo politico e all' OIV**
- **L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013** attribuisce all' RPCT il compito di occuparsi dei casi di **riesame dell'accesso civico**: *“Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni”*.
- **L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013** precisa poi che **nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, l' RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina** ai sensi dell'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013.
- **L'art. 15, co. 3 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62** stabilisce che **l' RPCT curi la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale .**

L' attività che si trova a svolgere il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza è di carattere prettamente *istruttorio*, solo in un caso ha **poteri di accertamento**, ovvero quando è destinatario di segnalazioni relative a cause di inconferibilità/incompatibilità di cui al d.lgs. n. 39/13.

❖ ***I Direttori di Dipartimento/UU.OO.C.C./ Dirigenti medici, amministrativi e tecnici*** svolgono:

- **Attività informativa** nei confronti dell'RPCT, dei Referenti per la prevenzione e dell'Autorità giudiziaria
- **Partecipano al processo di gestione del rischio**
- **Propongono misure di prevenzione della corruzione**
- **Assicurano la corretta attuazione delle misure e l'osservanza del Codice di Comportamento**
- **Provvedono alla pubblicazione dei dati relativi all' attività cui sono preposti**

NB:

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative possono individuare **referenti** per la gestione del rischio corruttivo, i quali fungono da interlocutori stabili dell'RPCT nelle varie unità organizzative, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo. In ogni caso, la figura del referente non va intesa come un modo per deresponsabilizzare il dirigente preposto all'unità organizzativa per il suo ruolo nell'ambito della strategia di lotta alla corruzione.

Quest' ultimi, ove nominati:

- svolgono attività informativa nei confronti dell'RPCT affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera attività

- coadiuvano l'RPCT nel monitoraggio del rispetto delle previsioni contenute nella sezione corruzione del PIAO da parte delle strutture e dei dirigenti
- Controllano ed assicurano la corretta attuazione della disciplina sulla trasparenza sia in termini di pubblicazione che di accesso documentale, civico semplice e generalizzato.

- ❖ **L'Organismo indipendente di Valutazione** (c.d. OIV) partecipa alle attività in materia di anticorruzione in virtù delle modifiche alle sue funzioni ad opera del d.lgs. n. 97/16.

In particolare:

Verifica che i PTPC siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico- gestionale e che nella valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all' anticorruzione e alla trasparenza, (art 43 e 44, d.lgs. n. 33/13).

Esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall' Ente (art 54 c. 5, d.lgs. n. 165/2001)

Comunica all' ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Attesta il rispetto degli obblighi di pubblicazione sulla scorta della Delibera che ogni anno l'ANAC pubblica e a cui sono allegate le griglie di rilevazione per tipologia di ente da cui si evincono le sottosezioni dell'Amministrazione Trasparente sottoposte a verifica per l'anno in corso.

E' formato dai seguenti componenti:

Presidente: Prof.ssa Maria **Triassi** (Deliberazione n. 193 del 19/02/2025)

Componenti:

Ing. Mariella **Leonardo** (Deliberazione n. 660 del 30/05/2024)

Dott. Luca **De Franciscis** (Deliberazione n. 660 del 30/05/2024)

- ❖ **L' Ufficio procedimenti disciplinari :**

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

- ❖ **Il personale dipendente medico / amministrativo**

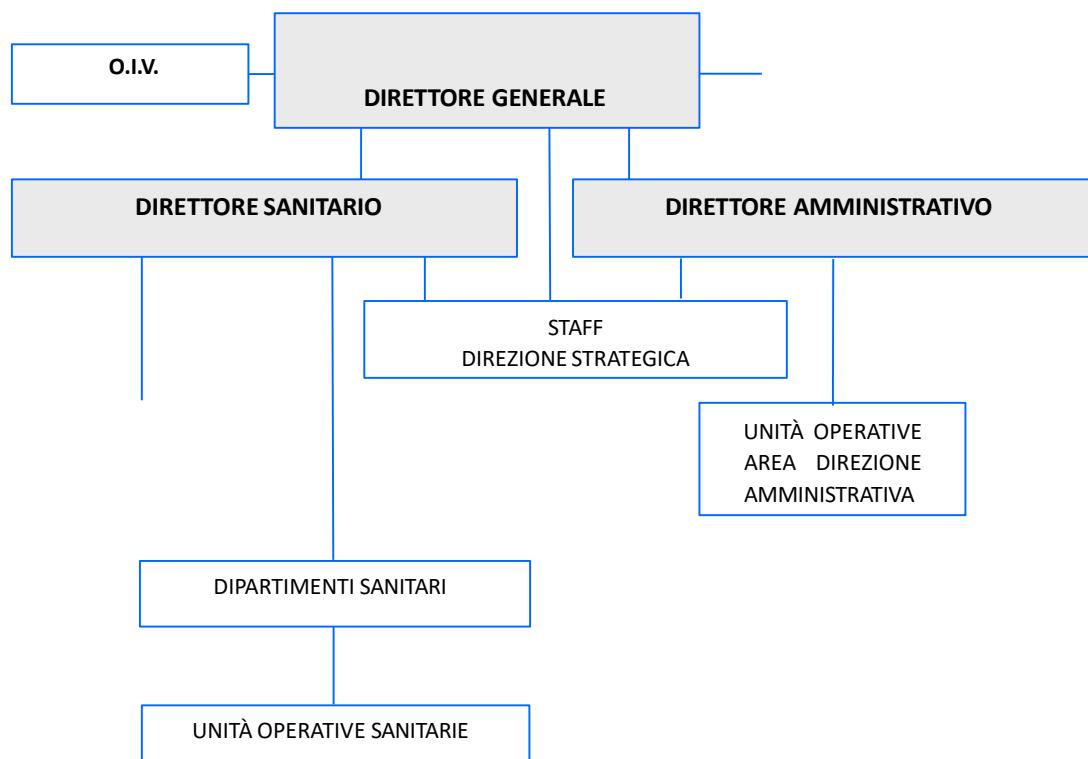
- Osserva le misure di prevenzione della corruzione contenute nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO
- Segnala all' RPCT violazioni del diritto nazionale e dell'unione europea ex d.lgs. n. 24 del 10/03/2023 di recepimento della Direttiva UE 2019/1937 sulla nuova disciplina del whistleblowing
- Segnala casi di personale conflitto di interesse (ex art 6 bis l. n. 241/90 e art 6 e7 del D.P.R. n. 62/13 modificato dal DPR n. 81 del 13/06/2023)

❖ **I Collaboratori/ Consulenti**

- osservano le misure contenute nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e gli obblighi di condotta previsti dal Codice di Comportamento
- segnalano disfunzioni in ordine alla attuazione della L. n 190/12 secondo Regolamenti ANAC n. **328** (integrato dalla Delibera n. 140 del 20 marzo 2024 e dalla Delibera n. 449 dell' 11 novembre 2025) / **329** (integrato dalla Delibera n. 449 dell' 11 novembre 2025 e dalla Delibera ANAC n. 450 dell' 11 novembre 2025) / **330 del 29 marzo 2017** (integrato dalla Delibera ANAC n. 307 del 23 luglio 2025 e dalla Delibera ANAC n. 451 dell' 11 novembre 2025)
- segnalano violazioni del diritto nazionale e dell'unione europea ai sensi del d.lgs. n. 24/23.

L'attuale struttura organizzativa aziendale è quella prevista dall'Atto Aziendale recentemente approvato con D.G.R.C. n. 654 del 16.11.2023, con presa d'atto da parte dell'azienda avvenuta con l'adozione della deliberazione n. 1080 del 30/11/2023:

ORGANIGRAMMA GENERALE



Nell’Azienda Ospedaliera di Caserta l’organizzazione dell’attività è articolata nelle seguenti macroaree:

- **AREA DIREZIONALE**,
che aggrega la Direzione strategica (*Direzione generale, Direzione sanitaria, Direzione amministrativa*)

Direzione Generale

Area Direzione Sanitaria

Unità operative

Area Direzione amministrativa

Unità operative amministrative, professionali e tecniche attive

- **AREA CLINICO-ASSISTENZIALE** articolata in Dipartimenti

I dipartimenti attivi in Azienda, in base all’atto aziendale approvato con DGRC n.465 del 27.7.2023, sono 8, tutti nell’area sanitaria:

- CARDIOVASCOLARE;
- SCIENZE CHIRURGICHE;
- EMERGENZA ED ACCETTAZIONE;
- ONCO-EMATOLOGICO;
- DELLA DONNA E DEL BAMBINO;
- TESTA-COLLO;
- SCIENZE MEDICHE
- SERVIZI SANITARI

ART 3 **LA MAPPATURA DEI PROCESSI**

Per quanto riguarda il campo di azione stabilito dapprima dal PNA 2022 e s.m. e successivamente dalla disciplina del PIAO, secondo i criteri riportati in premessa, il terzo elemento richiesto concerne “*la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell’attività, espongono l’amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico*”.

Essa è riportata in unica griglia insieme alla indicazione delle misure di prevenzione che l’Azienda Ospedaliera intende attuare e dei soggetti responsabili della loro attuazione.

L’aspetto centrale e più importante dell’analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la c.d. *mappatura dei processi*, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. In particolare, questa attività si articola nella ricerca e descrizione dei processi attuati all’interno dell’Ente al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio di corruzione, secondo l’accezione ampia contemplata dalla normativa e dai P.N.A.

In base all’ allegato 1) al PNA 2019, tale attività consiste appunto nella individuazione dei processi e soprattutto nello stabilire l’oggetto di analisi, ovvero cosa descrivere: (il processo o le fasi di cui esso si compone).

A tal proposito si specifica che **la scelta fatta dall’ Azienda Ospedaliera è stata quella di scomporre i procedimenti amministrativi in fasi.**

Il risultato atteso da questa attività è l’identificazione dell’elenco completo dei processi attivi nell’ente; elenco che potrà essere aggregato nelle c.d. *aree di rischio*, intese come raggruppamenti omogenei di processi.

Le aree di rischio possono essere distinte in “*generali*”, cioè comuni a tutte le pubbliche amministrazioni ed enti assimilati e in “*aree specifiche*” presenti solo in alcune tipologie di enti, come quelle richiamate nella determinazione ANAC n.1 2/2015 e nel PNA 2016 per il settore sanitario.

In base all’ art 1 c. 16 della l. n. 190/12 sono aree di rischio cd. Generali, quelle di seguito richiamate:

- Acquisizione e gestione del personale
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica senza effetto economico diretto e immediato (autorizzazioni, concessioni)
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica con effetto economico diretto ed immediato (erogazione contributi)
- Contratti pubblici

Per il settore sanitario, l’ANAC sia nella determinazione n. 12/2025 che nel PNA 2016 ha individuato sia aree comuni a tutte le strutture sanitarie sia aree specifiche.

Rientrano tra le *aree di rischio generali*:

- a) contratti pubblici;
- b) incarichi e nomine;
- c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- d) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Sono, invece considerate *aree di rischio specifiche*:

- a) attività libero professionale e liste di attesa;
- b) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- c) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

La valutazione del rischio è la II fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive e si articola in 3 fasi: *l'identificazione, l'analisi e la ponderazione*.

- **L' identificazione del rischio è un'attività che consente l'individuazione, in rapporto al processo / fasi del processo oggetto di descrizione, dell'evento o degli eventi di natura corruttiva, che possono verificarsi in relazione al processo/ fasi del processo mappati.**
- **L' analisi del rischio : dopo aver individuati gli eventi di natura corruttiva collegati al processo / fasi del processo descritti, occorre valutare il livello di esposizione a rischio corruzione del processo o delle sue fasi al fine di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi di quei c.d. *fattori abilitanti della corruzione*, fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione .**

NB:

L' Azienda Ospedaliera ha provveduto ad effettuare una mappatura dei processi negli anni addietro, ma poiché il PNA 2025 è in corso di pubblicazione sebbene non reso noto sul sito di ANAC nulla innova rispetto a quanto definito nell' allegato 1) al PNA 2019, questa Azienda si riserva di intesa tra RPCT e i Direttori di Dipartimento, di provvedere ad un aggiornamento della stessa mappatura e di verificare l' eventuale introduzione di misure di prevenzione generali e speciali non richiamate nell' ambito dei processi già mappati da effettuare **entro e non oltre il 30 giugno 2026.**

La griglia recante i processi mappati si allega alla presente sezione e rappresenta l' allegato 1).
La sua impostazione richiama quella dell' allegato 1) dell' aggiornamento 2024 al PNA 2022,
sebbene il PNA 2024 approvato con Delibera ANAC n. 31 del 30 gennaio 2025 si rivolge ai piccoli comuni.

ART 4 **IL REGISTRO DEI RISCHI CORRUTTIVI**

Sempre in base ai criteri riportati in premessa, **il quarto elemento richiesto dalla disciplina di semplificazione concerne "l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle amministrazioni delle misure previste dalla legge n.190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati".**

L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla creazione di un "**Registro degli eventi rischiosi**", nel quale sono riportati gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione. Per ogni processo deve essere individuato almeno un evento rischioso. Nella costruzione di tale Registro è importante fare in modo che gli eventi rischiosi siano adeguatamente descritti, siano specifici del processo nel quale sono stati rilevati e non generici.

AREA 1 : ACQUISIZIONI E PROGRESSIONE DEL PERSONALE

Fasi del processo	1) Reclutamento del personale non dirigenziale per selezione pubblica
Programmazione	
Rischio	Alterazione fabbisogno di personale. Evitare intenzionalmente la stabilizzazione per favorire l'assunzione di altro personale. Ricorrere agli avvisi e alle procedure concorsuali bypassando la mobilità e lo scorrimento di graduatorie per favorire l'assunzione di personale determinato ex ante.
Progettazione del concorso/avviso pubblico per il reclutamento di personale	
Rischio	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed allo scopo di reclutare candidati determinati ex ante. 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. Accettazione domande pervenute oltre la scadenza. Omissione o non adeguata verifica dei requisiti.
Selezione del personale	
Rischio	Composizione pilotata della commissione di concorso al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante. Accordi e/o pressione sui componenti della commissione al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante. Definizione di criteri per valutare i titoli e attribuire i punteggi in modo da favorire candidati definiti ex ante. Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonymato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari. Opacità della pubblicazione dei risultati.
Fasi del processo	2) Reclutamento del personale dirigenziale per selezione pubblica
Programmazione	
Rischio	Alterazione fabbisogno di personale. Frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire. Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione
Progettazione del concorso/avviso pubblico per il reclutamento di personale	
Rischio	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed allo scopo di reclutare candidati determinati ex ante. Accordi e/o pressione sui componenti della commissione al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante
Selezione del personale	
Rischio	Definizione di criteri per valutare i titoli e attribuire i punteggi in modo da favorire candidati definiti ex ante. Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonymato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari. Opacità della pubblicazione dei risultati

PROCESSO	3) Progressioni di carriera
Rischio	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari
FASI DEL PROCESSO	4) Istituti incentivanti trattamento economico accessorio
Valutazione performance individuale	Arbitraria assegnazione della retribuzione di risultato

Calcolo del premio/retribuzione di risultato	
--	--

AREA 2: INCARICHI E NOMINE	
1) Assegnazione incarichi di consulenza secondo il 15 septies Dlgs 502/92 e successive modifiche	
Rischio	Utilizzo strumentale dell'art. 15 -septies del Dlgs 502/92 al fine di conferire un incarico dirigenziale per interessi privati e/o corruttivi. Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione. Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi.
FASI DEL PROCESSO	
2) Conferimento di incarichi di collaborazione	
Selezione pubblica per il conferimento di incarichi attivati su progetti autorizzati.	
Rischio	Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione. Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi.
Selezione e incarichi di consulenza legale	
Rischio	Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione. Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi. Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari
Selezione e incarichi di consulenza tecnica	
Rischio	Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione, in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi ovvero motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari
3) Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001	
Abuso nell'adozione di provvedimenti di autorizzazione di incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001 al fine di favorire particolari soggetti. Esercizio non autorizzato di attività extra-istituzionale o in violazione della disciplina che detta modalità e limiti all'esercizio medesimo	

FASI DEL PROCESSO		4)Procedure per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali
Proposta di incarico		
Rischio		Accordi e/o pressioni al fine di favorire la nomina di un dipendente
Attribuzione incarico		
Rischio		Accordi e/o pressioni al fine di favorire la nomina di un dipendente. Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione
Revoca degli incarichi dirigenziali		
Rischio		Utilizzo distorto dello strumento di revoca a fini ricattatori/pressioni per finalità corruttive/personali. Mancata rilevazione/omissione di inadempienze al fine di evitare la revoca dell'incarico, per finalità corruttive/personali

AREA 3 : CONTRATTI PUBBLICI	
Fasi del processo	1) Approvvigionamenti
Programmazione	
Rischio	Frazionamento delle forniture. Duplicazione e sovrapposizione di forniture equivalenti. Utilizzo distorto della proroga al fine di favorire un fornitore
Progettazione della gara (Nomina del Rup Definizione della strategia di gara (tipo di gara, base d'asta, criteri di partecipazione, criterio di aggiudicazione e di attribuzione del punteggio).	
Predisposizione degli atti di gara ed elaborati tecnici	
Rischio	Non corretta valutazione degli importi a base d'asta nonché delle specifiche tecniche e funzionali dei prodotti/servizi da acquisire per favorire un soggetto predeterminato
Nomina della Commissione giudicatrice	
Rischio	Nomina dei commissari in conflitto di interessi o privi di necessari requisiti
Selezione del contraente	
Rischio	Applicazione distorta dei criteri di valutazione Errata definizione e ponderazione dei parametri e criteri valutativi in caso di aggiudicazione mediante OEV Mancata definizione dei criteri motivazionali per l'attribuzione dei punteggi in caso di OEV Applicazione distorta e non congrua nella attribuzione dei punteggi per specifiche tecniche funzionali che individuano un unico operatore economico. Alterazione o sottrazione documentazione di gara. Mancanza di valutazione o valutazione alterata dell'offerta anomala.
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	
Rischio	Alterazione od omissione dei controlli e delle verifiche. Mancato rispetto dei termini previsti dalla normativa di settore. Mancato inserimento di tutte le clausole capitolari che disciplinano l'esecuzione del contratto. Modifica in sede di stipula delle condizioni previste dal capitolato tecnico e speciale. Mancata previsione della progettazione offerta. Alterazioni nell'oggetto dell'appalto. Aggravio di costi per l'azienda Eventuali variazioni contrattuali rispetto alle indicazioni fornite dalle centrali di committenza. Mancata verifica requisiti subappaltatore
Esecuzione e rendicontazione	

Rischio	Eccessivo ricorso alle varianti. Mancata verifica dell'effettivo avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma Pagamenti ingiustificati
----------------	---

2) Somministrazione di lavoro a tempo determinato attraverso procedure di gara	
Rischio	Bypassare la selezione pubblica attraverso assunzioni per il tramite di agenzie di somministrazione di lavoro Iscrizione alla società somministratrice di persone che si vuole favorire nell'assunzione presso l'AO
3) Convenzioni	
Convenzioni con enti non profit	
Rischio	Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione al fine di favorire determinati professionisti o società
Convenzioni con altre PA relativa all'attività intramoenia: fruizione di medici specialisti (passiva) di altre PA o invio di medici specialisti (Attiva) ad altre PA	
Rischio	Convenzioni passive: Attivare la convenzione in situazioni di urgenza o in tempi tali da favorire la richiesta di un medico determinato ex ante Convenzioni attive: inviare personale già determinato
Convenzioni con Università, Enti di ricerca e altre AAOO	
Rischio	Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione al fine di favorire determinati professionisti o società

AREA 4 : Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	
PROCESSO	1) Utilizzo dei beni e risorse aziendali
Rischio	Indebito utilizzo delle linee telefoniche, fisse e mobili, di internet, dell'auto aziendale e di altri beni aziendali per scopi personali.
PROCESSO	2) Richieste rimborsi spese
Rischio	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione).
FASI DEL PROCESSO	Presentazione richiesta di rimborso Verifica sulla documentazione comprovante la spesa Liquidazione somme da rimborsare

Rischi	Falsificazione documentazione comprovante la spesa. Intenzionale omissione di controllo per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio
PROCESSO	3) Attribuzione budget
FASI DEL PROCESSO	Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di responsabilità Elaborazione schede di budget e schede obiettivi Assegnazione obiettivi per Centri di responsabilità Negoziazione degli obiettivi Approvazione del budget aziendale e assegnazione ai Centri di responsabilità
Rischi	Alterazione dei dati volta a favorire una struttura nell'assegnazione del budget
PROCESSO	4) Transazioni
Rischio	Favorire un determinato creditore e/o debitore piuttosto che un altro
PROCESSO	5) Liquidazione attività intramoenia
FASI DEL PROCESSO	Controllo ai fini della liquidazione dell'ALPI Liquidazione attività intramoenia
Rischio	Favorire nell'ordine di pagamento un professionista Indebita percezione di emolumenti economici
PROCESSO	6) Pagamento fornitori/creditori
FASI DEL PROCESSO	Liquidazione tecnica-amministrativa delle spese La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria emette l'ordine di pagamento Il mandato di pagamento viene trasmesso al Tesoriere Il Tesoriere estingue i mandati ricevuti
Rischio	Abuso nella definizione/applicazione dei criteri di priorità di pagamento al fine di favorire taluni creditori/fornitori
PROCESSO	7) Incassi Ticket e gestione recupero crediti codice bianco
FASI DEL PROCESSO	Il cassiere incassa la somma e rilascia quietanza liberatoria o regolare fattura. A fine giornata il cassiere: - elabora la distinta delle operazioni giornaliere - attiva l'importazione automatica in contabilità - elabora un prospetto dell'incasso giornaliero e lo trasmette alla U.O.C. Gestione Economica - preleva l'incasso e lo trasferisce alla Tesoreria
Rischio	Appropriazione indebita delle somme incassate a titolo di pagamento ticket. Falsa autodichiarazione e accettazione al CUP per ottenere l'esenzione in caso di assegnazione codice bianco Alterazione delle liste di nominativi dei beneficiari esenzione in caso di codice bianco
PROCESSO	8) Emissione mandati/incasso reversali
FASI DEL PROCESSO	La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria trasmette con modalità telematica la distinta a Tesoriere Emissione ordinativo d'incasso e sua sottoscrizione da parte del Direttore della U.O.C. Gestione Economica Finanziaria Registrazione dell'ordinativo d'incasso nel giornale di Cassa e invio per via telematica al Tesoriere Gli agenti della riscossione incassano le somme Gli agenti della riscossione versano al Tesoriere le somme incassate.
Rischio	Distrazione di risorse mediante alterazione/ falsificazione dei dati/documenti

PROCESSO	9) Recupero crediti
-----------------	----------------------------

FASI DEL PROCESSO	La U.O.C. Gestione Economica Finanziaria sollecita i crediti scaduti e non ancora riscossi Ad un anno dalla data di fatturazione la U.O.C. Gestione Economica Finanziaria trasmette la documentazione alla U.O.C. affari legali per la riscossione coatta
Rischio	Favorire utenti non solventi.
PROCESSO	10) Gestione risarcimento danni
FASI DEL PROCESSO	Richiesta risarcimento Istruttoria richiesta Erogazione della somma
Rischio	Favorire il soggetto danneggiato
PROCESSO	11) Stipula di contratti di locazione e acquisizione/alienazione di beni immobili e mobili registrati
FASI DEL PROCESSO	Stipula del contratto (in caso di locazione) Iscrizione nei conti d'ordine del valore dei canoni da corrispondere (in caso di acquisto) Inserimento del cespote nell'attivo patrimoniale dell'Azienda (in caso di alienazione) Eliminazione del cespote dall'attivo patrimoniale
Rischio	Sottoscrizione di condizioni di acquisto, alienazione o locazione volti a far prevalere l'interesse della controparte privata rispetto all'interesse dell'amministrazione
PROCESSO	12) Gestione beni mobili e immobili
FASI DEL PROCESSO	Cancellazione Libro Cespiti Beni Mobili Dichiariati Fuori Uso Registrazione Dati sul Libro Cespiti (mobili e immobili) Trasferimento beni da/a U.O
Rischio	Intenzionale errata contabilizzazione dei beni mobili e immobili

AREA 5 : Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	
PROCESSO	1) Attività di controllo di dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni
Rischio	Intenzionale omissione di controllo per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio
PROCESSO	2) Permessi e aspettative retribuite ex lege 104/92
FASI DEL PROCESSO	Valutazione domanda e dichiarazioni in essa contenute e contestuale esame documentazione allegata Eventuale richiesta di integrazione alla documentazione o alla domanda presentata Registrazione del verbale/esito della valutazione Predisposizione documento di ammissione domanda Registrazione sul sito PERLA PA dei permessi fruiti da ciascun lavoratore nel Corso dell'anno precedente
Rischio	Utilizzo dei permessi o aspettative per l'assistenza a persone con grave disabilità per finalità diverse da quelle cui tali istituti sono preordinati
PROCESSO	3) Attività di vigilanza, controllo e monitoraggio attività sanitarie
FASI DEL PROCESSO	Controlli schede di dimissioni ospedaliere a campione o mirato su fenomeni anomali (Intercettati attraverso il DRG). Flussi informativi sanitari da trasferire alla Regione e al Ministero
Rischio	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). Alterazione dati inseriti nella SDO da parte del medico Alterazione dati di consumo beni (farmaci e dispositivi medici)

PROCESSO	4) Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente e convenzionato
FASI DEL PROCESSO	<p>L'ufficio istruttore viene a conoscenza della violazione perpetrata dal dipendente</p> <p>Contestazione scritta dell'addebito della sanzione al dipendente e convocazione dipendente per sua difesa.</p> <p>L'ufficio competente per i procedimenti disciplinari, effettua gli accertamenti e valuta le giustificazioni addotte dal dipendente</p> <p>L'ufficio competente per i procedimenti disciplinari irroga la sanzione applicabile tra quelle previste dal Codice disciplinare</p>
Rischio	<p>Favorire il dipendente/convenzionato sottoposto a procedimento disciplinare.</p> <p>Omissione da parte del direttore della UO di attivare la conseguente procedura entro la tempistica prevista.</p> <p><u>Intenzionale mancata chiusura del procedimento nei tempi previsti</u></p>
PROCESSO	5) Attestazione della presenza in servizio.
FASI DEL PROCESSO	<p>1. Verifica e controllo del tabulato orario .</p> <p>2. Rilevazione delle timbrature</p>
Rischio	<p>Falsa attestazione della presenza in servizio.</p> <p>Modifica dolosa della registrazione della presenza in servizio</p>

AREA 6 : Liste di attesa ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari	
PROCESSO	1) Accessi prioritari programmati
FASI DEL PROCESSO	<p>Prenotazione diretta da parte del medico attraverso la creazione di un'agenda informatica</p> <p>Accettazione del paziente a cura del CUP nel giorno della prenotazione</p> <p>Erogazione della prestazione</p>
Rischio	<p>Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale</p> <p>Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private</p> <p>Elusione dei regolamenti concernenti l'Inserimento in lista di attesa</p> <p>Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale.</p> <p>Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private</p>
PROCESSO	2) Prestazioni ambulatoriali per la prescrizione di farmaci che necessitano di piano terapeutico
FASI DEL PROCESSO	<p>Prenotazione diretta da parte del medico (allo scadere del piano terapeutico) attraverso la creazione di un'agenda informatica</p> <p>Accettazione del paziente a cura del CUP nel giorno della prenotazione</p> <p>Erogazione della prestazione</p>
PROCESSO	3) Day Service

FASI DEL PROCESSO	Proposta di attivazione di un PACC (percorso assistenziale complesso e coordinato) da parte di un medico
	Prenotazione attraverso CUP con la gestione di agenda informatica (distinta da quella dell'attività ambulatoriale)
	Erogazione della prestazione
Rischio	<p>Elusione dei regolamenti concernenti l'Inserimento in lista di attesa</p> <p>Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale.</p> <p>Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private</p>
PROCESSO	4) Ricovero chirurgico programmato e in elezione

FASI DEL PROCESSO	Predisposizione Scheda di ricovero con indicazione di priorità Inserimento nella lista di attesa Convocazione del paziente per pre-ricovero Pre-ricovero Erogazione della prestazione
Rischio	Elusione dei regolamenti concernenti l'inserimento in lista di attesa
PROCESSO	5) Ricoveri programmati per degenza ordinaria e in Day Hospital
FASI DEL PROCESSO	Proposta del ricovero dal medico specialista Attribuzione criterio di priorità Inserimento nella lista Convocazione del paziente per il ricovero Erogazione della prestazione
Rischio	Elusione dei regolamenti concernenti l'inserimento nella lista di attesa
PROCESSO	6) Gestione pronto soccorso
Rischio	Bypassare la lista di attesa attraverso l'accesso in pronto soccorso per urgenza

AREA 7 : Attività libero professionale	
PROCESSO	1) Autorizzazione Attività ALPI
FASI DEL PROCESSO	Presentazione domanda scritta da parte del medico interessato accompagnata dal parere del Direttore di Struttura Complessa o semplice e validata dal Direttore di Dipartimento La U.O ALPI accoglie le istanze e istruisce le pratiche amministrative Deliberazione aziendale di autorizzazione I Direttori di Dipartimento e di U.O.C stabiliscono, d'intesa con il dirigente, le modalità di erogazione
Rischio	Favorire un soggetto nell'ottenimento di autorizzazioni
PROCESSO	2) Realizzazione attività intramoenia
FASI DEL PROCESSO	Richiesta del cittadino di prestazione a pagamento e scelta del professionista Messa a conoscenza della spesa da affrontare per il cittadino (in caso di prestazioni complesse preventivo di spesa) Prenotazione prestazione Accettazione/Pagamento prestazione Erogazione della prestazione
Rischio	Svolgimento dell'attività intramoenia allargata in violazione delle regole stabilite (es. in orario di lavoro, in spazi non autorizzati, omettendo la fatturazione).

AREA 8 : Farmaceutica	
PROCESSO	1) Gestione Farmaci e dispositivi medici
FASE DEL PROCESSO	Prescrizione farmaci e dispositivi medici
Rischio	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 acquisire vantaggi personali. Arbitrio nella prescrizione dei prodotti fuori gara regionale
FASE DEL PROCESSO	Ricezione e stoccaggio merce
Rischio	Errata contabilizzazione o sottrazione dei farmaci registrati e consegnati da parte della farmacia Sottrazione di farmaci presso la farmacia, o durante il trasporto o alla consegna (modificato e accorpati più rischi)
FASE DEL PROCESSO	Consegna farmaci e dispositivi medici alle UO
Rischio	Errata contabilizzazione o sottrazione dei farmaci registrati e consegnati da parte della farmacia Sottrazione di farmaci presso la farmacia, o durante il trasporto o alla consegna
FASE DEL PROCESSO	Utilizzo dei farmaci: invio richiesta dal coordinatore infermieristico, validata dal medico, validazione della Dirigente farmacista, trasmissione al preparatore che allestisce il pacco da inviare in reparto; nel momento dello scarico dal magazzino in automatico il prodotto viene caricato nell'armadietto; validazione nel reparto e poi utilizzo. (Sistema order entry)
Rischio	Non corretta gestione dell'intero processo di utilizzo dei farmaci e dispositivi medici al fine di frodare il Servizio Sanitario o acquisire vantaggi personali
FASE DEL PROCESSO	Gestione delle apparecchiature elettromedicali
Rischio	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 Omissione di manutenzione finalizzata a rendere non riutilizzabili le apparecchiature

AREA 9 : Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione	
PROCESSO	1) Sperimentazioni
FASE DEL PROCESSO	Richiesta di sperimentazione Approvazione del contratto Fattutazione e liquidazione compenso
Rischio	Far prevalere l'interesse personale dello sperimentatore e altri soggetti coinvolti al fine di ottenere benefici economici. Pressione dello sperimentatore e/o di altri soggetti coinvolti su componenti del Comitato etico di riferimento al fine di ottenere benefici e vantaggi privati
PROCESSO	2) Sponsorizzazioni di attività non formative e formative
FASE DEL PROCESSO	Individuazione delle iniziative di sponsorizzazione Proposta di sponsorizzazione (su iniziativa dell'Azienda o di terzi) Elaborazione Progetto di sponsorizzazione Elaborazione e pubblicazione avviso per selezione sponsor Selezione dello sponsor

Rischio	Accettazione impropria di donazioni, comodati d'uso e sponsorizzazioni
---------	--

AREA 10 : Medicina legale	
PROCESSO	1) Medicina legale Certificativa
FASE DEL PROCESSO	Interna: Visita medico legale su chiamata del responsabile dell'unità operativa (richiesta interna di visita o parere medico legale per un traumatizzato)
Rischio	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .
FASE DEL PROCESSO	Interna: Parere tecnico per presunta colpa professionale
Rischio	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .

FASE DEL PROCESSO	Esterna: Valutazione del danno biologico
Rischio	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione del danno biologico
FASE DEL PROCESSO	Esterna: Certificazione di idoneità psicofisica
Rischio	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).
PROCESSO	2) Medicina legale Necroscopica Aziendale
FASE DEL PROCESSO	Scelta ditta funeraria
Rischio	Chiamata/imposizione delle ditte funerarie da parte degli operatori
PROCESSO	3)Obitorio giudiziario
FASE DEL PROCESSO	Trasporto in sala mortuaria a disposizione della magistratura
Rischio	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

AREA 11 : Affari legali e contenzioso	
PROCESSO	1) Assistenza legale gestita da avvocatura interna
FASE DEL PROCESSO	Ricezione atto giudiziale Istruttoria Decisione di ricorrere in giudizio o procedere preventivamente per vie extragiudiziali
Rischio	Omissione di informazioni per l'istruttoria al fine di agevolare il soggetto terzo ricorrente
PROCESSO	2) Assistenza legale gestita da avvocati nominati sulla base della short list
FASE DEL PROCESSO	Nomina e assegnazione dell'incarico Istruttoria Rappresentazione in giudizio.

Rischio	Intraprendere la via giudiziale anche quando non ricorrono gli estremi di vantaggio dell'ente, al fine di vantaggi personali
PROCESSO	3) Procedimenti legali nei confronti dipendenti per responsabilità professionale e rimborso spese di giustizia
FASI DEL PROCESSO	Messa a disposizione dei legali della short list o nomina di legali indicati dal dipendente Valutazione della responsabilità del dipendente e costituzione o meno dell'Ente come parte civile Rimborso spese di giustizia in caso di procedimento risolto positivamente per il dipendente
Rischio	Mancata costituzione dell'ente come parte civile al fine di favorire il dipendente

AREA 12: Formazione e aggiornamento professionale del personale	
PROCESSO	1) Sviluppo e attuazione del Piano formativo aziendale
FASE DEL PROCESSO	Definizione del fabbisogno formativo
Rischio	Alterazione dei fabbisogno formativo al fine di curvare il piano di formazione al perseguitamento di finalità e utilità private
FASE DEL PROCESSO	Pianificazione offerta formativa
Rischio	Pilotamento della definizione delle tematiche e dei corsi di formazione al fine di favorire determinati docenti/aziende di formazione

FASE DEL PROCESSO	Attribuzione incarico docenti interni/esterni e/o enti di formazione
Rischio	Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente e/o un'azienda rispetto ad altri
FASE DEL PROCESSO	Erogazione dei corsi di formazione
Rischio	Alterazione dei controlli sulla realizzazione dei corsi

PROCESSO	2) Organizzazione di eventi formativi sponsorizzati in azienda
FASE DEL PROCESSO	Definizione e/o selezione degli eventi formativi sponsorizzati
Rischio	Pilotamento della definizione o selezione degli eventi formativi sponsorizzati per il perseguitamento di finalità e utilità private
FASE DEL PROCESSO	Contratto con lo sponsor
Rischio	Inserire clausole che possono favorire lo sponsor e/o personale predeterminato
FASE DEL PROCESSO	Selezione del personale destinatario dei eventi formativi sponsorizzati

Rischio	Favorire personale predeterminato
---------	-----------------------------------

PROCESSO	3) Partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati
FASE DEL PROCESSO	Acquisizione e selezione dei programmi di eventi formativi esterni sponsorizzati
Rischio	Pilotamento della acquisizione o selezione degli eventi formativi esterni sponsorizzati per il perseguitamento di finalità e utilità private
FASE DEL PROCESSO	Selezione del personale per la partecipazione agli eventi formativi esterni sponsorizzati
Rischio	Favorire personale predeterminato
FASE DEL PROCESSO	Partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati
Rischio	Omissione di comunicazione da parte del personale all'AO

ART 5

LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE OBBLIGATORIE

Il quinto elemento richiesto dalla disciplina di semplificazione concerne **“la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l’adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell’azione amministrativa”**.

Di seguito si riporta una breve descrizione delle misure di prevenzione c.d. obbligatorie insieme ad una programmazione triennale delle azioni che per ciascuna misura l'ente ha intenzione di mettere in campo nel triennio di validità della presente sezione e la loro relativa programmazione temporale 2026 – 2028

MISURA DI CONTRASTO	CODICE IDENTIFICATIVO MISURA
Codici di comportamento	M01
Conflitto di interessi e controllo sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 6 bis della L.241/90	M02
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice	M03
Svolgimento di attività ed incarichi extra- istituzionali.	M04
Whistleblowing	M05
Patti di integrità	M06
Formazione	M07

Divieto di pantouflagge	M08
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.	M09
Verifica sui dati inseriti dal RASA su AUSA	M10

M01) Il Codice di Comportamento

Il DPR n. 62/2013 “*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*”, definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare sia in servizio sia fuori servizio.

L’art. 54 del D.lgs. 165/2001, ha infatti previsto l’adozione di un codice utile ad 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.

La violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, è fonte di responsabilità disciplinare ma, molto spesso, tali comportamenti costituiscono fattispecie sanzionabili anche dal punto di vista civilistico, amministrativo e penale.

Le previsioni del D.p.r. 62/2013, come noto, sono poi state integrate e specificate, nel settore sanitario dalla linea guida approvate dall’ ANAC con Delibera n. 358 il 29 marzo 2017 di intesa con il Ministero della salute e l’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (c.d. AGENAS).

Esse se da un lato, invitano gli enti del SSN ad approfondire alcuni aspetti delicati, in particolare, condotte da tenere rispetto ad alcuni processi a rischio elencati **nella determinazione n. 12/15 dell’ANAC**, per cui “*specifici*” del settore sanitario, quali, *l’attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero, rapporti con gli informatori farmaceutici, attività libero professionali e quindi, l’intramoenia e il problema delle liste d’attesa, farmaceutica, ricerca e sperimentazione, incarichi e nomine*, dall’ altro, ha posto l’accento sulla importanza, di monitorare meglio i rapporti tra medici ed informatori farmaceutici e sulla necessità, in relazione all’attività assistenziale, di predisporre “*questionari*” per la rilevazione della qualità della prestazione ricevuta dal paziente, tradotto in diverse lingue, ma rilasciato a fine degenza in modalità anonima.

Tale approccio, in un settore così delicato, conferma l’aggancio necessario tra la sezione rischi corruttivi e il codice di comportamento e soprattutto la necessità che ciascun codice adottato individui dettagliate regole di condotta non solo rispetto a quei processi rientranti nelle c.d. aree a rischio generali, ma soprattutto rispetto a quelli che più di tutti gli altri caratterizzano enti sanitari e che ritroviamo in parte declinati nella determinazione ANAC n. 12/2015.

Successivamente, in attuazione di quanto previsto dal decreto legge cosiddetto ‘Pnrr 2’ (d.l. n. 36/2022) è stato dato il via al regolamento recante le modifiche al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici; in particolare, alle modifiche apportate dall’ art 4 all’ art 54 del d.lgs. n. 165/’01 si deve l’introduzione, nell’ambito del codice di comportamento dei dipendenti pubblici, di misure in materia di utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione dei *social media*. *Ma il processo di riforma del Codice di Comportamento si è concluso, dopo 2 pareri del Consiglio di Stato, n. 93 del 19 gennaio 2023 e n. 584 del 14 aprile 2023, con l’approvazione del D.P.R. 13*

giugno 2023, n. 81 recante: *Regolamento concernente modifiche al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, entrato in vigore il 14 luglio 2023.*

Sono stati introdotti solo 2 articoli (art 11 bis e ter) e sono state modificate le norme relative ai rapporti con il pubblico, al ruolo e alla funzione dei dirigenti, oltre alla introduzione di un nuovo obbligo formativo per i neo assunti nelle PA afferente all' etica pubblica e al comportamento etico, (artt. 12, 13, 15, 17).

L' Azienda Ospedaliera ha provveduto ad aggiornare il codice di comportamento al DPR n. 82 del 13 giugno 2023 ed è consultabile al seguente link : https://ospedale.caserta.it/delibere/2023/Deliberazione%20del%20Direttore%20Generale_916_2023.pdf

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: adozione di direttiva di sensibilizzazione sul nuovo codice e sulle novità del DPR n. 81/23 e attivazione di percorsi formativi sull' etica pubblica e comportamento etico

2027: ricognizione della modulistica in uso presso l' Azienda e formazione di tutto il personale

2028: avvio di un *monitoraggio sui comportamenti dei dipendenti da parte dei Dirigenti e comunicazione in seno al Report annuale.*

M02) Conflitto di interessi – misura di prevenzione e obiettivo strategico

La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria

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

L'art. 6-bis in particolare reca un generale obbligo di astensione del dipendente pubblico, nell'ambito del procedimento amministrativo, al ricorrere di una situazione di conflitto di interessi che possa interessarlo. Dunque, l'art. 6-bis della l. n. 241 del 1990 rappresenta una norma di ampia portata, che può essere considerata a tutti gli effetti come un punto di riferimento del sistema di prevenzione dei conflitti di interessi

Il tema della gestione dei conflitti di interessi è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 Cost.

A tal fine, occorre monitorare le ipotesi di relazione personale o professionale sintomatiche del possibile conflitto d'interesse tipizzate dall'articolo 6 del D.P.R. n. 62/2013 “*Codice di comportamento dei dipendenti pubblici*” nonché quelle in cui si manifestino “*gravi ragioni di*

“convenienza” secondo quanto previsto dal successivo articolo 7 del medesimo decreto.

A tale quadro normativo occorre aggiungere da un lato, la Delibera ANAC n. 63/23 e dall’ altro, l’art 16 del codice appalti approvato con d.lgs. n. 36 del 31 marzo 2023.

Visto e considerato l’ importanza della precipitata delibera adottata dall’ ANAC nel 2023, l’ Azienda ha stabilito come obiettivo strategico per l’ anno in corso “ *Sensibilizzazione al rispetto della normativa in materia di conflitto di interessi tramite adozione di direttiva ad hoc e monitoraggio della misura in ossequio alla Delibera Anac n. 63/2023*”.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: verifica dell’inserimento della clausola di stile sul conflitto di interessi di cui all’ art 6 bis, l.n. 241/’90 all’ interno di almeno 5 determinate adottate dall’ area amministrativa o tecnica e di 5 delibere nel I e II semestre tramite estrazione casuale.

2027: conferma della misura e verifica dell’inserimento della clausola di stile sul conflitto di interessi di cui all’ art 6 bis, l.n. 241/’90 all’ interno di almeno 7 determinate e 7 delibere adottate dall’ area amministrativa o tecnica nel I e II semestre tramite estrazione casuale.

2028: conferma della misura e verifica dell’inserimento della clausola di stile sul conflitto di interessi di cui all’ art 6 bis, l.n. 241/’90 all’ interno di almeno 10 determinate e 10 delibere adottate dall’ area amministrativa o tecnica nel I e II semestre tramite estrazione casuale.

M03) Inconferibilità / incompatibilità degli incarichi dirigenziali o di vertice amministrativi

La delega contenuta all’art. 1, comma 50, della l. n. 190/12, e la disciplina attuativa dettata dal d.lgs. n. 39/13, limitano l’ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità nel settore sanitario alle sole figure del Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo.

Nel 2014 , il Consiglio di Stato ha chiarito con sentenza n. 5583 del 12 novembre 2014 che esiste una disciplina specifica per il settore sanitario, confermata dall’ ANAC nella Delibera n. 1146 del 25 settembre 2019, in cui è la stessa autorità a ribadire l’ esclusione dell’ applicazione del d.lgs. n. 39/13 per gli altri dirigenti sanitari medici e non medici.

Sono, invece sottoposti, precisa ANAC sempre nella precipitata delibera, alle regole ordinarie previste dal d.lgs. n. 39/13, alla pari di qualunque altro dirigente della pubblica amministrazione, i dirigenti amministrativi e i tecnici, perché rientranti nella definizione di “incarichi dirigenziali interni ed esterni”.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: Adozione di direttiva sul d.lgs. n. 39/13 ai fini dell' attuazione concreta della misura e adozione di nuova modulistica in considerazione delle modifiche normative che hanno interessato il precitato decreto.

2027: compilazione e acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità da parte dei Direttori UU.OO.CC dell' area amministrativa e tecnica e avvio di un sistema di verifica delle dichiarazioni di inconferibilità acquisite, tramite sorteggio, **su almeno 2 dichiarazioni acquisite**

2028: : conferma della misura e acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità da parte dei Direttori UU.OO.SS. dell' area amministrativa e tecnica e verifica delle dichiarazioni di inconferibilità acquisite, tramite sorteggio, **su almeno 2 dichiarazioni acquisite**

M04) Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali

L' art 53 del d.lgs. n. 165/01 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non ricompresi nei doveri d' ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni. In via generale, i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitualità o professionalità o esercitare attività imprenditoriali.

Su tale disciplina delle incompatibilità si è innestata in tempi più recenti la legge 6 novembre 2012 n. 190 (c.d. legge anticorruzione) che ha inteso valorizzare, tra l'altro, il conflitto di interesse, reale o potenziale tra attività istituzionale del pubblico dipendente e suoi eventuali incarichi extralavorativi

Il richiamato art. 53, d.lgs. n. 165 del 2001, nella versione modificata dalla legge anticorruzione n. 190 del 2012, accanto alla disciplina delle incompatibilità "assolute" con lo status di pubblico dipendente, regolamenta anche le attività non già vietate, ma sottoposte ad un regime autorizzatorio , nonché le attività "liberalizzate", ovvero espletabili da qualsiasi pubblico dipendente senza necessità di autorizzazione datoriale, né di alcun nulla-osta o benestare .

La ratio di tale divieto, va rinvenuta nel principio costituzionale di esclusività della prestazione lavorativa a favore del datore pubblico, dal momento che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può dar luogo a situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per queste ragioni la L. n. 190/2012 ha modificato anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici di cui all'art. 53 del D.lgs. n. 165/200.

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

Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del co. 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità.

Per tali attività è sufficiente la preventiva comunicazione del dipendente interessato al dirigente/responsabile, almeno dieci giorni prima dell'inizio dell'attività, ai fini della valutazione circa il possibile conflitto di interessi, oltre che di possibili problemi organizzativi, la nomina e la durata dell'incarico specificando la natura dell'attività e del soggetto in favore del quale viene prestata, il periodo e l'impegno orario richiesto per l'assolvimento dell'incarico o delle attività di cui trattasi.

Gli incarichi di cui sopra non necessitano di comunicazione al Dipartimento della Funzione Pubblica in quanto liberalizzati e, quindi, non assoggettati ad autorizzazione, ma in una logica di accessibilità a dati, documenti e informazioni detenute dalle pubbliche amministrazioni, possono essere pubblicati in Amministrazione Trasparente, sotto sezioni dati ulteriori, nel rispetto dei limiti indicati dall'articolo 5-bis previa anonimizzazione o oscuramento dei dati personali eventualmente presenti.

L' Azienda Ospedaliera ha provveduto a dotarsi di un Regolamento, per il rilascio dell'autorizzazione a svolgere attività ed incarichi extraistituzionali destinato ad essere aggiornato nel 2026 e disponibile al seguente link: <https://ospedale.caserta.it/regolamenticentri.htm#Regolamenti> , dal momento che reca una disciplina in parte derogatoria della disciplina generale di cui all' art 53 del d.lgs. n. 165/01 destinata a trovare applicazione sino al 31 dicembre 2025.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: Adozione di un nuovo Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento di attività ed incarichi extra- istituzionali

2027: Avvio di un sistema di verifica degli incarichi autorizzati e verifica su almeno due autorizzazioni rilasciate dagli uffici, attraverso la banca dati detenuta dall'ufficio personale, secondo la disciplina indicata dalla Corte dei Conti.

2028: conferma della misura e verifica a campione su almeno tre autorizzazioni

M05) Il Whistleblowing

Con il **Decreto Legislativo del 10 marzo 2023, n. 24** (di seguito il “Decreto”), l'Italia ha finalmente recepito la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio **in tema di protezione delle persone che segnalano violazioni del Diritto dell'Unione e violazioni delle disposizioni normative nazionali.**

La nuova disciplina è orientata, da un lato, a garantire la manifestazione della libertà di espressione e di informazione, che comprende il diritto di ricevere e di comunicare informazioni, nonché la libertà e il pluralismo dei media. Dall'altro, è strumento per contrastare (e prevenire) la corruzione e la cattiva amministrazione nel settore pubblico e privato.

Pertanto, garantire la protezione – sia in termini di tutela della riservatezza che di tutela da ritorsioni – dei soggetti che si espongono con segnalazioni, denunce o, come si vedrà, con il nuovo istituto della divulgazione pubblica, contribuisce all’emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per la stessa amministrazione o ente di appartenenza e, di riflesso, per l’interesse pubblico collettivo.

Tale protezione viene, ora, ulteriormente rafforzata ed estesa a soggetti diversi da chi segnala, come il facilitatore o le persone menzionate nella segnalazione, a conferma dell’intenzione, del legislatore europeo e italiano, di creare condizioni per rendere l’istituto in questione un importante presidio per la legalità e il buon andamento delle amministrazioni/enti.

Il D.lgs. 24/2023 ha imposto una rilettura della disciplina, affidando allo strumento della segnalazione una primaria rilevanza nella prevenzione delle violazioni normative e assicurando ai segnalanti una più penetrante tutela.

E’ mutato, infatti, non solo l’ambito soggettivo delle segnalazioni e quindi i soggetti tutelati dalla nuova normativa, ma anche l’ambito oggettivo, corrispondente a cosa può oggi essere oggetto di segnalazione, (si rinvia all’art 1 e 3 del d.lgs. n. 24/2023).

Il legislatore ha disposto poi, che debbano essere approntati all’interno degli enti cui si applica la normativa appositi “canali interni” per ricevere e trattare le segnalazioni. Il ricorso a questi canali viene incoraggiato, in quanto più prossimi all’origine delle questioni oggetto della segnalazione. La preferenza accordata ai canali interni si evince anche dal fatto che, solo ove si verifichino particolari condizioni specificamente previste dal legislatore, allora i segnalanti possono fare ricorso al “canale esterno” attivato presso ANAC o il ricorso alla divulgazione pubblica, fermo restando che è sempre ammesso il ricorso all’Autorità giudiziaria.

Cambiano anche le modalità per effettuare la segnalazione:

- *in forma scritta*, cartacea o digitale (ramite piattaforma online)
- *in forma orale*, alternativamente, attraverso linee telefoniche, con sistemi di messaggistica vocale, ovvero, su richiesta della persona segnalante, mediante un incontro diretto fissato entro un termine ragionevole.

In base all’art 4 c. 5 del d.lgs. n. 24/23, destinatario delle segnalazioni è il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Le principali novità contenute nella nuova disciplina sono:

- la specificazione dell’ambito soggettivo con riferimento agli enti di diritto pubblico, a quelli di diritto privato e l’estensione del novero di questi ultimi;
- l’ampliamento del novero delle persone fisiche che possono essere protette per le segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche;
- l’espansione dell’ambito oggettivo, cioè di ciò che è considerato violazione rilevante ai fini della protezione, nonché distinzione tra ciò che è oggetto di protezione e ciò che non lo è;

- la disciplina di **tre canali di segnalazione** e delle condizioni per accedervi: **interno, esterno** (gestito da ANAC) nonché **il canale della divulgazione pubblica**;
- l'indicazione di diverse modalità di presentazione delle segnalazioni, in forma scritta o orale;
- la disciplina dettagliata degli obblighi di riservatezza e del trattamento dei dati personali ricevuti, gestiti e comunicati da terzi o a terzi;
- i chiarimenti su che cosa si intende per ritorsione e ampliamento della relativa casistica;
- la disciplina sulla protezione delle persone segnalanti o che comunicano misure ritorsive offerta sia da ANAC che dall'autorità giudiziaria e maggiori indicazioni sulla responsabilità del segnalante e sulle scriminanti;
- l'introduzione di apposite misure di sostegno per le persone segnalanti e il coinvolgimento, a tal fine, di enti del Terzo settore che abbiano competenze adeguate e che prestino la loro attività a titolo gratuito;
- la revisione della disciplina delle sanzioni applicabili da ANAC .

Dal 15 luglio è entrato in vigore sia *il Regolamento per la gestione delle segnalazioni esterne e per l'esercizio del potere sanzionatorio da parte dell'ANAC che le Linee guida* recentemente sostituite dall' Autorità con le *nuove Linee guida* recanti modifiche ed integrazioni della Delibera n. 311 del 12 luglio 2023, riguardanti nello specifico la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne approvate con delibera n. 479 del 26 novembre 2025

L' Azienda Ospedaliera ha aderito alla piattaforma gratuita denominata WhistleblowingPA visibile al seguente link : <https://ospedale.caserta.it/whistleblowing.htm>

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: Adozione di un modulo cartaceo per le segnalazioni come previsto dalla nuova disciplina e dalla linea guida ANAC e Adozione di direttiva per far conoscere le novità della linea guida n. 479 del 26 novembre 2025

2027: Sensibilizzazione del personale all' uso della piattaforma whistleblowingPA e attivazione di percorsi formativi sulla nuova linea guida

2028: Adozione di un Regolamento

M06) Il Patto di Integrità

Le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell'art. 1, co. 17, della l. 190/2012, di regola, predispongono e utilizzano protocolli di legalità o patti d'integrità per l'affidamento di commesse.

A tal fine, le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e, in forza di tale azione, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

Si tratta, in particolare, di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzate ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale – nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto – che sotto il profilo del contenuto – nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento dell'aggiudicazione del contratto.

Tuttavia, se da un lato, risulta scontato che la violazione degli obblighi assunti con la sottoscrizione del patto di integrità comporta l'esclusione dalla gara e che tale esclusione è compatibile con il principio di tassatività delle clausole di esclusione essendo prevista in una disposizione di legge vigente (l'art. 1, comma 17, Legge n. 190/2012), altrettanto non si può chiaramente affermare rispetto ai protocolli di legalità, che sono per natura facoltativi e rispetto ai quali i riferimenti normativi, a cominciare dalla stessa Legge n. 190/2012 che li richiama, nulla dicono in ordine al suo contenuto e alle regole che esso deve contenere, figuriamoci sul rigoroso rispetto del principio di tassatività delle clausole di esclusione.

In diverse occasioni, l'Autorità ha voluto chiarire che con la sottoscrizione di protocolli non si assiste alla introduzione di una causa automatica di esclusione, invece, rispetto al patto di integrità, è riconosciuta una sorta di sovrapposizione tra la causa di esclusione per la violazione del Patto in sé e le cause di esclusione del Codice dei contratti pubblici, dal momento che le clausole in esso contenute sono idonee a rafforzare gli oneri informativi già gravanti sui concorrenti in virtù di disposizioni di legge vigenti.

Per tali motivi, nonostante ad esempio il nuovo codice appalti non menzioni il patto di integrità, rimane una misura di prevenzione in base alla l. n. 190/12 ed è per questo che va in ogni caso attuata e il patto va allegato agli atti di gara e deve essere sottoscritto dai concorrenti e per l'aggiudicatario mantiene la sua validità per 3 anni.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: Adozione di un nuovo patto di integrità

2027: Applicazione del nuovo patto a tutte le procedure di gara

2028: avvio di un sistema di monitoraggio per verificare il rispetto della misura tramite richiesta di un report all' ufficio appalti sul numero dei patti sottoscritti da coloro che sono risultati aggiudicatari di gare nel I e nel II semestre.

M07) La formazione

La Legge n. 190/2012 assegna alla formazione un importante ruolo di prevenzione della corruzione quale strumento di diffusione della cultura della legalità.

In quest'ottica l' Azienda intende assicurare specifiche attività formative, con cadenza annuale nel triennio di riferimento della presente sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2026- 2028, a tutto il personale che lavora in aree a rischio corruzione.

Obiettivo degli interventi formativi sarà quello di far conseguire al personale dipendente una piena conoscenza dei contenuti, finalità e adempimenti soprattutto in materia di anticorruzione, trasparenza, alla luce delle novità normative e giurisprudenziali che hanno riguardato alcune delle misure di prevenzione della corruzione più importanti: quali, il whistleblowing, il codice di comportamento, il conflitto di interessi, l'accesso civico generalizzato....

La formazione del personale, sia in presenza che da remoto, sarà integrata con gli obblighi imposti dalla Direttiva n.1/2025 del Ministro Zangrillo in materia di formazione obbligatoria

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: anche per l'anno in corso, l' Azienda cercherà di dare attuazione alla Direttiva del Ministro Zangrillo n. 1/2025 sulla formazione del personale dipendente e sul quorum minimo oggi di 40 ore annue di formazione, pari ad 1 settimana di formazione all' anno cui ha diritto ciascun dipendente. Nella specifica materia dell' anticorruzione, punterà alla formazione dell' area amministrativa con 3 edizioni di corso teorico- pratico (in linea con le indicazioni contenute nel PNA 2019 a pag. 62) , 1 edizione di corso su trasparenza / cybersicurezza, NIS2 e 2 edizioni di corso sul codice di comportamento, etica pubblica e comportamento etico

2027: la formazione riguarderà l' area sanitaria, Direttori di Dipartimento e di UU.OO.CC e relativo personale con 3 edizioni di corso teorico- pratico (in linea con le indicazioni contenute nel PNA 2019 a pag. 62) , 1 edizione di corso su trasparenza / cybersicurezza, NIS2 e 2 edizioni di corso sul codice di comportamento, etica pubblica e comportamento etico

2028: la formazione riguarderà tutto il personale dipendente che opera nelle 4 aree a rischio corruzione di cui all' art 1 c. 16, l. n. 190/12 e il personale delle UU.OO.CC area sanitaria, UU.OO.SS e a valenza dipartimentale. Con 4 edizioni di corso sulle novità normative e sugli atti dell' ANAC, sui regolamenti di vigilanza e sull' attuazione delle misure e la tracciabilità degli adempimenti all' interno dell' ente.

M08) Il Divieto di pantoufage

L'istituto è stato inserito per la prima volta nel nostro sistema giuridico con la legge 190/2012 e la norma di riferimento è l'art. 1, co. 42, lett. l), della l. 190/2012 la quale ha inserito all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 il c. 16-ter il quale dispone *“il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio,*

abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività dell’amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.”

Costituisce, pertanto, una delle misure più importanti adottate dal legislatore al fine di prevenire fenomeni corruttivi e di garantire il buon andamento e l’imparzialità della pubblica amministrazione: specularmente alle regole che dettano divieti temporanei di accesso alle cariche pubbliche (inconferibilità) e quelli di cumulo di più cariche (incompatibilità), essa disciplina l’uscita del dipendente dalla sfera pubblica.

L’ANAC ha di recente adottato la nuova linea guida approvata il 25 settembre 2024 n. 493 e il nuovo Regolamento di vigilanza ,lo stesso giorno n. 493 bis integrato con le modifiche introdotte con la Delibera n. 329 del 30 luglio 2025, dimostrando un cambio di rotta rispetto al passato su alcune questioni spinose come ad esempio l’ individuazione dei soggetti che esercitano poteri autoritativi o negoziali e di riflesso sono i destinatari del divieto, sulla tipologia di provvedimenti espressione di tali poteri, sulle conseguenze relative alla violazione del divieto e sul c.d. periodo di raffreddamento. Per tali motivi, l’Azienda Ospedaliera provvederà a recepire già nella presente sezione tutte le novità sulla misura in commento.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: aggiornamento della modulistica e predisposizione di una nota ad hoc per far conoscere le novità della linea guida ai soggetti destinatari del divieto

2027: attivazione di un sistema di verifica sulle dichiarazioni eventualmente acquisite dall’ ufficio personale, andando a verificare sul numero di dichiarazioni acquisite almeno 2 dichiarazioni

2028: conferma della misura e verifica almeno su 3 dichiarazioni eventualmente acquisite.

M09) La Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

Tra le misure di prevenzione della corruzione che devono trovare concreta applicazione nelle aziende sanitarie e negli altri enti assimilati del SSN , al fine di garantire un’ efficace lotta alla corruzione, vi è la **rotazione del personale**.

Nell’ ambito del PNA 2016, l’ ANAC l’ aveva definita come “*misura organizzativa di carattere preventivo 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*”.

In generale, però, alla rotazione va riconosciuta la sua duplice natura di *misura di prevenzione della corruzione* e , al tempo stesso, di *criterio organizzativo*, in grado di contribuire a migliorare le professionalità che operano all’ interno di ciascuna struttura, soprattutto se supportata da percorsi formativi. La formazione, infatti, rappresenta una misura fondamentale per acquisire le competenze professionali e trasversali e garantire una continuità dell’azione amministrativa.

La rotazione deve coinvolgere sia il personale destinatario di incarichi dirigenziali sia quello non dirigenziale e va impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione sanitaria senza determinare inefficienze e malfunzionamenti.

Nonostante tali considerazioni, e fuori dubbio che, 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, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione risulta di difficile applicazione, ma non per questo ne va esclusa l'attuazione, nonostante le peculiarità del settore.

Nel corso del 2026 l'Azienda ha deciso di ricorrere alla misura della c.d. segregazione delle funzioni.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026: in senso innovativo rispetto al passato, al fine di fare segregazione, la determina/ delibera dovranno recare che l'istruttoria è stata effettuata dall'istruttore di riferimento, il quale attesterà l'assenza di conflitto di interesse, unitamente al funzionario estensore e al direttore di Dipartimento o UU.OO.CC che attesteranno l'assenza del conflitto di interessi. La presente attestazione dovrà essere effettuata dal Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario nei loro atti.

2027: conferma della misura con avvio dei controlli a campione sulle delibere del Direttore Generale nella misura 5% su base semestrale.

2028: conferma della misura con avvio dei controlli a campione sulle determinate dirigenziali nella misura 5% su base semestrale.

M10) Verifica sui dati inseriti dal RASA su AUSA

Con comunicato del 28/12/2017 l'ANAC ha pubblicato le indicazioni operative per la comunicazione del soggetto **Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)** incaricato della compilazione e aggiornamento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

Il RASA è incaricato della compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA – istituita ai sensi dell'art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221) e della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa. Inoltre, l'aggiornamento 2024 al PNA 2022 ha inteso l'individuazione del RASA come una misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'individuazione del RASA è una **misura organizzativa obbligatoria di trasparenza** in funzione della prevenzione della corruzione, così come precisato.

Ogni stazione appaltante è tenuta, quindi, con apposito provvedimento contestuale, a nominare il soggetto responsabile (RASA) incaricato della verifica e compilazione e del successivo aggiornamento delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante nell'Anagrafe.

Nell'Azienda Ospedaliera di S. Anna e S. Sebastiano, il ruolo di RASA è ricoperto dalla Dott.ssa Teresa Capobianco e nominata con Deliberazione del Direttore Generale n. 777 del 02/11/2021.

Azioni da intraprendere nel triennio

2026 – 2027- 2028 : verifica periodica dei dati inseriti su AUSA da parte dell’ RPCT

ART 6 **MONITORAGGIO MISURE ANTICORRUZIONE**

Il sesto elemento richiesto dalla disciplina di semplificazione concerne “il monitoraggio sull’idoneità e sull’attuazione delle misure”.

In senso innovativo rispetto al passato, verrà avviato a partire dall’anno 2026 un controllo a campione sull’attuazione delle Misure di prevenzione della corruzione e trasparenza al fine di consentire un miglioramento in corso di anno della qualità del sistema di prevenzione della corruzione.

Il presente articolo si coordina con la Sezione Monitoraggio del Piao 2026 – 2028 dell’Azienda Ospedaliera .

Azioni da intraprendere nel triennio

Anno 2026: Attività di verifica a cura del RPCT ed a campione una volta all’anno entro il 30.11.2026 con redazione di verbale da pubblicarsi in AT sull’attuazione delle Misure anticorruzione

Anno 2027: Attività di verifica a cura del RPCT ed a campione una volta all’anno entro il 30.11.20267 con redazione di verbale da pubblicarsi in AT sull’attuazione delle Misure anticorruzione

Anno 2028: Attività di verifica a cura del RPCT ed a campione una volta all’anno entro il 30.11.2028 con redazione di verbale da pubblicarsi in AT sull’attuazione delle Misure anticorruzione

ART 7 **SEZIONE TRASPARENZA**

Per quanto riguarda , infine, la programmazione dell’attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l’accesso civico semplice e generalizzato come **settimo elemento** della presente sezione, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013, occorre soffermarsi sul fatto che , la disciplina sulla trasparenza la si ritrova oggi, non solo nel d.lgs. n. 33/13 e nelle delibere ANAC nn.. 1309 e 1310 del 2016. Tale quadro normativo è stato poi arricchito dalla disciplina privacy (GDPR n. 679/16 e d.lgs. n. 101/18 di modifica del nostro codice privacy), che ha determinato un inevitabile intreccio tra la disciplina prevista in materia di trasparenza e la nuova disciplina privacy, anche in considerazione del fatto che permangono in vigore le linee guida del Garante della privacy del 2014 relative agli obblighi di pubblicazione per finalità di trasparenza.

L’ANAC, poi, nel PNA 2022- 2024, ha provveduto ad arricchire questo quadro normativo reintroducendo con **l’allegato 2) al precitato PNA il c.d. contenuto necessario della sezione trasparenza all’ interno della sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO rappresentato dalla griglia recante gli obblighi di pubblicazioni;** per tali motivi si rinvia alla griglia denominata **allegato 3) alla presente sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025-2027, in cui sono stati organizzati i flussi informativi necessari a garantire l’ individuazione/ l’ elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati, attraverso l’ individuazione del responsabile per la pubblicazione, indicando i termini di scadenza delle pubblicazioni , disponibile al seguente link :**

<https://ospedale.caserta.it/amministrazionetrasparenza/amministrazionetrasparente.htm>

Successivamente, con l' entrata in vigore del nuovo Codice degli appalti approvato con d.lgs. n. 36/23, la cui integrale applicazione è avvenuta dal 1 gennaio 2024, la disciplina relativa alla trasparenza e quindi agli obblighi di pubblicazione si è arricchita di nuovi contenuti grazie anche agli atti interpretativi dell' ANAC, ovvero, le Delibere adottate dall' ANAC n. 261 e 264 del 20 giugno 2023 ; quest' ultima, in particolare modificata dalla Delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, chiarisce con il suo Allegato 1) , nella materia dei contratti pubblici, quali sono i dati oggetto solo di pubblicazione obbligatoria in Amministrazione Trasparente , rispetto ai quali non vi è obbligo di comunicazione alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici detenuti dall' Autorità.

Non è un caso se, come obiettivo strategico in materia di trasparenza per l' anno 2026 l' Azienda ha scelto *“la verifica straordinaria in corso d' anno in Amministrazione Trasparente, in particolare nella sottosezione Bandi di Gara e Contratti al fine di monitorare la corretta attuazione della novella legislativa introdotta con l'art. 28 del D. Lgs 36/2023”*

Completano il quadro normativo la Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 recentemente modificata dalla Delibera ANAC n. 481 del 3 dicembre 2025, con cui l' Autorità ha approvato nuovi schemi di pubblicazione a cui tutte le pubbliche amministrazione compresi gli enti appartenenti al SSN sono tenuti ad adeguarsi e il comunicato ANAC del 30 gennaio 2025 con cui sempre l' Autorità invita gli enti ad inserire nella griglia relativa agli obblighi di pubblicazione e , precisamente nella sottosezione “ bandi di gara e contratti” una sezione dedicata alle varianti in corso d' opera negli appalti sopra soglia.

Infine si inseriscono, in via del tutto innovativa rispetto al passato, dei controlli aggiuntivi a cura dell' RPCT (in linea con le previsioni contenute nel PNA 2018) sulle sotto sezioni di cui si compone la sezione Amministrazione Trasparente in modo da garantire una concreta attuazione di tutte le novità che hanno interessato una misura così trasversale come la trasparenza.

Azioni da intraprendere nel triennio:

2026: verifica delle 3 sotto sezioni oggetto di modifica dall' ANAC con la Delibera n. 495/24 modificata dalla Delibera ANAC n. 481/25 e pubblicazione del verbale in Amministrazione Trasparente, sotto sezione altri contenuti/ corruzione.

2027: verifica di 5 sotto sezioni dell' Amministrazione Trasparente e pubblicazione del verbale in Amministrazione Trasparente , sotto sezione altri contenuti/ corruzione

2028: verifica di 7 sotto sezioni dell' Amministrazione Trasparente e pubblicazione del verbale in Amministrazione Trasparente, sotto sezione altri contenuti/ corruzione

Le misure per garantire l'accesso civico generalizzato

Con deliberazione del Direttore Generale n. 196 del 15/02/2024, l' Azienda Ospedaliera ha approvato il Regolamento per l' accesso civico semplice e generalizzato, che per l' anno 2026 sarà aggiornato all' Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato n. 10/2020 insieme alla relativa modulistica. oltre a dotarsi di un **Registro degli accessi telematico** in modo da poter monitorare pure le istanze di accesso civico pervenute e i relativi esiti , di cui poi l' RPCT darà contezza non solo nel verbale di monitoraggio, ma anche nella relazione annuale.

L' attività di monitoraggio svolta dell' RPCT personalmente e soprattutto tramite richiesta agli uffici di report semestrali per verificare il numero di istanze presentate e i relativi esiti è un' attività si conferma per tutto il triennio di riferimento della presente sezione.

Qualità del documento da pubblicare

Il documento deve essere in formato aperto, aggiornato e facilmente consultabile, nel pieno rispetto di quanto contenuto agli art. 6 e 7 del Dlgs 33/2013 e CAD.

Privacy e riservatezza

Il popolamento della sezione Amministrazione trasparente avviene nel rispetto del provvedimento del garante per la protezione dei dati personali n. 243/2014 recante *“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 ed altri enti obbligati”*, nonché nel rispetto della riservatezza e delle disposizioni in materia di segreto d’ufficio.

A tal riguardo, l’ Azienda Ospedaliera , quale titolare del trattamento si avvale del supporto consultivo del proprio Data Protection Officer (D.P.O.) nella persona della Dott.ssa Luigia Infante, nominata con Deliberazione del Direttore Generale n. 109 del 07/10/2025.

ENTRATA IN VIGORE DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA DEL PIAO 2026 - 2028

La sezione entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione in Amministrazione Trasparente sotto sezione altri contenuti/ corruzione e si ha per conosciuto da parte dei dipendenti e di tutti coloro che hanno rapporti diretti e/o indiretti con l’Azienda Ospedaliera.

Caserta, 15.01.2026

Il Dirigente UOS Supporto RPCT
Dr. Eduardo Scarfiglieri

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
(Direttore UOC Medicina Legale)
Dott. Pasquale Giugliano