CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE
SAN GAETANO

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2026-2028

CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO S.R.L.

1. PREMESSA ... 3

2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE ... 3

3. SOGGETTI TENUTI ALL'ADOZIONE DI MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: L. 190/2012 E ATTO DI INDIRIZZO DELL'ASSESSORATO DELLA SALUTE DELLA REGIONE SICILIA, PROT. N. 38726 DEL 18 MAGGIO 2018 E CENNI SULLA UNI ISO 37001:2016. ... 4

4. PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DI CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO e MODELLO 231 ... 8

5. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (RPCT) ... 9

5.1 CRITERI DI SCELTA DEL RPCT ... 9

5.2 COMPITI E POTERI DEL RPCT - RAPPORTI CON L'ODV ... 11

5.3 LA RESPONSABILITÀ DEL RPCT ... 12

6. GLI ALTRI SOGGETTI INTERNI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE E ADOZIONE DEL PTPCT ... 13

6.1 ORGANO AMMINISTRATIVO ... 13

6.2 L'ORGANISMO DI VIGILANZA EX DLGS 231/01 ... 14

6.3 RESPONSABILI DELLE AREE A RISCHIO CORRUZIONE ... 14

6.4 DIPENDENTI E COLLABORATORI ... 14

7. GESTIONE DEL RISCHIO ... 14

7.1. ANALISI DEL CONTESTO ... 16

7.1.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ... 16

7.1.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ... 18

7.2 VALUTAZIONE DEL RISCHIO *(RISK ASSESSMENT)* ... 18

7.2.1 IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO *(Risk identification)* ... 25

7.2.2 ANALISI DEL RISCHIO *(Risk analysis)* ... 26

7.2.3 PONDERAZIONE DEL RISCHIO *(Risk evaluation)* ... 26

7.3 TRATTAMENTO DEL RISCHIO *(Risk treatment)* ... 27

7.4 MONITORAGGIO DEL PTPCT E DELLE MISURE *(Monitoring)* ... 27

7.5 AREE DI RISCHIO E MAPPATURA DEI PROCESSI ... 28

8. MISURE GENERALI ... 29

8.1 CODICI DI COMPORTAMENTO ... 30

8.2 ROTAZIONE ... 32

8.3 FORMAZIONE 34
8.4 *PANTOUFLAGE* 35
8.5 CONFLITTO DI INTERESSI 37
8.6 TUTELA DEL SEGNALATE (*Whistleblowing*) 40
9. MISURE ULTERIORI 42
9.1 MISURE DI PREVENZIONE GENERALI TRASVERSALI 42
9.2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI 42
10. IMPLEMENTAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PTPCT, FLUSSI INFORMATIVI 43
11. OBBLIGHI DI TRASPARENZA AI SENSI DEL D.LGS. 33/2013 44
12. TRASPARENZA E *DATA PROTECTION* 47
13. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA 48

1. PREMESSA

Il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), approvato dall'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione) ai sensi della L. 190/2012 recante le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della Pubblica Amministrazione", ha disposto l'obbligo per tutti gli Enti pubblici di adottare un programma e un piano triennale in cui devono essere fissate le modalità di controllo e di prevenzione, estendendo il provvedimento anche alle società a partecipazione pubblica ad integrazione del D.Lgs. 231/01. Le Linee guida ANAC, approvate con determinazione n. 1134/2017, hanno precisato che le società ed enti di diritto privato sono tra i soggetti tenuti all'adozione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza. In relazione alla dimensione e ai diversi settori di attività degli enti, il PNA individua i principali rischi di corruzione e i relativi rimedi e contiene l'indicazione degli obiettivi, dei tempi e delle modalità di adozione e attuazione delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo.

La novazione normativa ha visto inoltre la Delibera A.N.AC. del 26 giugno 2019, n. 586 recante "Integrazioni e modifiche della Delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019", con cui l'Autorità intende fornire precisazioni sulla Delibera 1134/2017 in merito a criteri e modalità di applicazione dell'art. 14, co. 1, 1-bis e 1-ter del D.Lgs. 33/2013 alle Amministrazioni Pubbliche e agli enti cui all'art. 2-bis del medesimo Decreto, alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019. – Piano Nazionale Anticorruzione 2019, approvato con Delibera A.N.AC. del 13 novembre 2019, n. 1064, con cui l'Autorità ha concentrato la propria attenzione sulle indicazioni relative alla parte generale del PNA, consolidando in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni fornite fino ad oggi.

Il Piano per la prevenzione della corruzione di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO per il triennio 2026-2028 presenta l'analisi delle tematiche che il legislatore riconnette alla prevenzione dei fenomeni corruttivi nelle pubbliche amministrazioni e delinea le misure di contrasto in una forma declinata in relazione alle specifiche organizzative della società, tenuto conto di quanto dettagliato dal 2016 ad oggi dal legislatore e dall'ANAC, con particolare riguardo alle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

Con la **l. 190/2012** sono state approvate le "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione.*" Con tale provvedimento normativo è stato introdotto anche nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione, secondo una strategia articolata su due livelli: nazionale e decentrato.

A livello nazionale, l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) adotta il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), aggiornato annualmente, che individua i principali rischi di corruzione e i relativi rimedi e contiene l'indicazione degli obiettivi, tempi e modalità di attuazione delle misure di contrasto alla corruzione.

A livello decentrato, i soggetti previsti dell'art. 1, comma 2 bis, l. 190/2012 sono tenuti ad adottare i propri Piani triennali di Prevenzione alla Corruzione (PTPCT) sulla base delle indicazioni contenute nel PNA che, pertanto, costituisce atto di indirizzo.

Poiché il **PNA** è uno strumento finalizzato alla prevenzione, il **concetto di corruzione** che è stato preso in considerazione ha un'**ampia accezione**.
Esso è comprensivo delle varie situazioni in cui si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.
Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.
Il concetto di corruzione, dunque, coincide con quello di **"*maladministration*"**, intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

Nella prevenzione dei fenomeni di corruzione occorre, pertanto, avere riguardo ad **atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse**.

3. SOGGETTI TENUTI ALL'ADOZIONE DI MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: L. 190/2012 E ATTO DI INDIRIZZO DELL'ASSESSORATO DELLA SALUTE DELLA REGIONE SICILIA, PROT. N. 38726 DEL 18 MAGGIO 2018 E CENNI SULLA UNI ISO 37001:2016.

CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO è una struttura accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, **avendo natura giuridica di diritto privato, non rientra tra i soggetti tenuti ad adottare le misure di prevenzione della corruzione previste dalla L. 190/2012**, come meglio spiegato nel paragrafo che segue.
Gli enti di diritto privato, infatti, sono soggetti alla sola disciplina sulla trasparenza, come previsto dall'**art. 2 bis, comma 3, del d.lgs. 33/2013**.

Tuttavia, CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO vuole impegnarsi a creare una cultura basata su trasparenza, onestà e conformità alle leggi. Pertanto, ha deciso di predisporre un PTPCT, anche in ossequio all' "*Atto di indirizzo per l'adeguamento del modello aziendale di organizzazione, gestione e controllo ex art. 6 d.lgs. 231/2001 delle strutture sanitarie private alle disposizioni concernenti la prevenzione dei fenomeni corruttivi*" dell'Assessore della Salute - Regione Sicilia - Ufficio di diretta collaborazione dell'Assessore, Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018.

Inquadramento normativo

a) L. 190/2012: perché CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO, in quanto ente di diritto privato, non è tenuta per legge ad applicare le misure di prevenzione della corruzione.

A seguito delle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 sia alla l. 190/2012 che al d.lgs 33/2013, l'ambito soggettivo della disciplina della trasparenza risulta più ampio rispetto a quello relativo ai soggetti tenuti ad applicare le misure di prevenzione della corruzione.

Infatti, quanto alle **misure di prevenzione della corruzione**, il nuovo **art. 1, c. 2 bis, L. 190/2012** prevede che il PNA è atto di indirizzo per due categorie di soggetti:

a) le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, c. 2, del d.lgs. 165/2001[1], ai fini dell'adozione dei propri piani triennali di prevenzione della corruzione (PTPCT);

b) gli altri soggetti di cui all'articolo 2-bis, comma 2, del d.lgs. 33/2013[2], ai fini dell'adozione di misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate ai sensi del d.lgs 231/2001.

Invece, quanto alla **trasparenza**, il nuovo **art. 2 bis** del **d.lgs 33/2013**, rubricato "Ambito soggettivo di applicazione", individua tre macro categorie di soggetti:

a) comma 1: le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del d.lgs. 165/2001;

b) comma 2: altri soggetti tra cui enti pubblici economici, agli ordini professionali, società in controllo pubblico, associazioni, alle fondazioni e agli enti di diritto privato comunque denominati, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro, la cui attività sia finanziata in modo maggioritario per almeno due esercizi finanziari consecutivi nell'ultimo triennio da pubbliche amministrazioni e in cui la totalità dei titolari o dei componenti dell'organo d'amministrazione o di indirizzo sia designata da pubbliche amministrazioni;

c) **comma 3**: altre società a partecipazione pubblica ed enti di diritto privato.

Come sottolineato nel parere del Consiglio di Stato, Commissione speciale, n. 1257 del 29 maggio 2017, gli ambiti di applicazione rilevanti sono due per gli obblighi delineati dalla legge 190/2012 e tre per quelli del d.lgs. 33/2013, laddove il primo ed il secondo di detti ambiti coincidono.

Invece, l'ambito relativo agli **enti di diritto privato** di cui all'art. 2 bis, c. 3, del d.lgs. 33/20133 **non è previsto dall'art. 1, c. 2 bis, l. 190/2012**.

Pertanto, detti enti **non sono tenuti ad applicare le misure di prevenzione della corruzione previste dalla l. 190/2012, né a nominare** un Responsabile della prevenzione della corruzione (**RPCT**), fermo restando quanto descritto nel par. 2, **essendo tenuti ad osservare solo gli oneri di trasparenza di cui al d.lgs. 33/2013**.

[1] Art. 1, c. 2, del d.lgs. 165/2001"*Per amministrazioni pubbliche si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunita' montane. e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300. ((Fino alla revisione organica della disciplina di settore, le disposizioni di cui al presente decreto continuano ad applicarsi anche al CONI)).*

[2] Art. 2-bis, c. 2, del d.lgs. 33/2013 si riferisce: *"a) agli enti pubblici economici e agli ordini professionali; b) alle società in controllo pubblico come definite dall'articolo 2, comma 1, lettera m), del decreto legislativo 19 agosto 2016, n. 175. c) alle associazioni, alle fondazioni e agli enti di diritto privato comunque denominati, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro, la cui attività sia finanziata in modo maggioritario per almeno due esercizi finanziari consecutivi nell'ultimo triennio da pubbliche amministrazioni e in cui la totalità dei titolari o dei componenti dell'organo d'amministrazione o di indirizzo sia designata da pubbliche amministrazioni.",*

Al fine di meglio precisare l'ambito soggettivo di applicazione della normativa anticorruzione in relazione alle tipologie di soggetti considerati dall'art. 2 bis del d.lgs 33/2013, l'ANAC, con la delibera n. 1134 dell'8 novembre 2017 recante "*Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici*" ha chiarito ai destinatari la portata applicativa di dette nozioni, la delimitazione di detti ambiti e la collocazione di ciascuna società o ente interessato nell'uno o nell'altro.

Nelle citate linee guida, l'ANAC ritiene che, con riferimento all'adozione delle misure di prevenzione della corruzione, occorra distinguere tre tipologie di soggetti:
a) le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, c. 2, del d.lgs. 165/2001, che adottano il PTPCT;
b) i soggetti di cui all'articolo 2-bis, c. 2, del d.lgs. 33/2013, che sono tenuti ad adottare misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate ai sensi del d.lgs 231/2001.
c) i soggetti di cui all'art. 2-bis, c. 3, d.lgs. 33/2013, che sono invece esclusi dall'ambito di applicazione delle misure di prevenzione della corruzione, diverse dalla trasparenza.

In conclusione, il legislatore ha considerato separatamente, e con solo riferimento alla disciplina in materia di trasparenza, gli enti di diritto privato.
L'art. 2-bis, c. 3, del d.lgs. 33/2013 dispone, infatti, che ad essi si applica la medesima disciplina in materia di trasparenza prevista per le pubbliche amministrazioni «*in quanto compatibile*» e «*limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all'attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o dell'Unione europea*».

Per i suddetti soggetti, invece, l'art. 1, co. 2-bis, della l. 190/2012 non prevede alcuna espressa disciplina in materia di adozione di misure di prevenzione della corruzione (fermo restando quanto descritto nel par. 2).

Nonostante non ci sia uno specifico obbligo di legge, per il PNA 2016 le amministrazioni partecipanti o che siano collegate a detti soggetti in relazione alle funzioni amministrative o ai servizi pubblici da essi svolti ovvero all'attività di produzione di beni e servizi dovrebbero, per le società, promuovere l'adozione del modello di organizzazione e gestione ai sensi del d.lgs. 231/2001, ferma restando la possibilità, anche su indicazione delle amministrazioni partecipanti, di programmare misure organizzative ai fini di prevenzione della corruzione ex l. 190/2012; per gli altri soggetti indicati al citato co. 3, invece, promuovere l'adozione di protocolli di legalità che disciplinino specifici obblighi di prevenzione della corruzione e, *laddove compatibile con la dimensione organizzativa,* l'adozione di modelli come quello previsto nel d.lgs. 231/2001.
Con particolare riferimento al settore sanitario e ai soggetti accreditati con il SSN, la cui natura è di diritto privato, anche nell'Aggiornamento del 2015 al PNA l'Anac ha *raccomandato* alle amministrazioni di riferimento di promuovere l'adozione di strumenti per la prevenzione della corruzione e del conflitto di interessi.

b) *Atto di indirizzo dell'Assessore della Salute - Regione Sicilia - Ufficio di diretta collaborazione dell'Assessore, Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018*

Con "*Atto di indirizzo per l'adeguamento del modello aziendale di organizzazione, gestione e controllo ex art. 6 d.lgs. 231/2001 delle strutture sanitarie private alle disposizioni concernenti la prevenzione dei fenomeni corruttivi*", Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018 (d'ora in poi "**Atto di indirizzo dell'Assessore della Salute della Regione Sicilia**), l'Assessore Regionale alla Salute, Avv. Ruggero Razza ha disposto

alle strutture private accreditate e convenzionate con il SSN di predisporre apposito Piano di prevenzione della corruzione, da incardinare in seno all'esistente Modello di organizzazione, gestione e controllo redatto ai sensi del d.lgs. 231/2001, e di nominare un Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (RPCT).

Nell'illustrare la necessità che le strutture private accreditate e convenzionate con il SSN adottino misure di prevenzione contro la corruzione, l'atto di indirizzo richiama quanto previsto dalla l. 190/2012 e dalla successiva evoluzione normativa ed in particolare:

- la circolare n. 1/2014 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che ha inteso instaurare una stretta connessione tra gli strumenti gestionali contemplati dal d.lgs. 231/2001 e quelli di cui alla l. 190/2012 ritenendo in particolare che "i*n caso di enti ai quali si applichi il dettato del d.lgs. 231/01 e che quindi adottino un Modello di organizzazione e di gestione idoneo alla prevenzione di reati e che affidino ad un Organismo di Vigilanza (c.d. OdV) la verifica del Modello, appare possibile che il Modello organizzativo ex d.lgs 231/2001 ed il programma per la trasparenza e l'integrità siano contenuti in un unico documento (nel quale potrebbero essere valutati anche i rischi di corruzione, inserendovi i contenuti del Piano di prevenzione della corruzione " ex l. 190/2012) per ragioni di economicità e di razionale organizzazione"*.

Nel descritto contesto, l'atto di indirizzo pone - per le strutture sanitarie private accreditate e convenzionate con il SSN - l'esigenza di aggiornare i Modelli 231, adeguandoli sia alla l. 190/2012 che alla successiva evoluzione normativa che si è concentrata sulla definizione di strategie tese a ridurre l'impatto dei fenomeni corruttivi anche attraverso il rafforzamento dei dispositivi di prevenzione attivabili in ambito aziendale.

Nel presente documento, l'Assessorato alla Salute illustra come i fenomeni corruttivi siano, proprio in ambito sanitario, una delle principali fonti di rischio per la salute dei pazienti. La responsabilità penale del professionista sanitario, infatti, è spesso riferibile ad episodi corruttivi e ciò comporta situazioni che si riflettono negativamente sulla erogazione delle prestazioni sanitarie.

Pertanto, nell'ottica della gestione del rischio sanitario, la struttura sanitaria privata, accreditata e convenzionata con il SSN, deve predisporre apposito PTPCT da incardinare in seno all'esistente Modello 231 e nominare un RPCT, che - secondo l'atto di indirizzo - potrebbe essere individuato tra i componenti dell'Organismo di Vigilanza (ODV), con cui lo stesso dovrà operare in raccordo.

L'adeguamento delle strutture sanitarie private alle indicazioni dell'atto di indirizzo dell'Assessorato della Salute sarà sottoposto a verifica annuale e il mancato adempimento potrà costituire elemento di valutazione ai fini del mantenimento del convenzionamento con la struttura.

c) UNI ISO 37001:2016

La norma ISO 37001 "*Anti-bribery management systems*" (in italiano "Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione"), identifica uno standard di gestione volto ad aiutare le organizzazioni nella lotta contro la corruzione, istituendo una cultura di integrità, trasparenza e conformità alle leggi.

Tale norma si ispira alle buone pratiche internazionali e può essere usata in tutte le giurisdizioni e da tutte le organizzazioni, sia piccole che grandi, sia pubbliche che private.

Essa, in particolare, definisce i requisiti necessari per prevenire, individuare, e contenere i fenomeni di corruzione ed inoltre aiuta l'organizzazione a conformarsi alla normativa anticorruzione.

Come già illustrato in premessa, la corruzione mette a rischio la buona amministrazione e ostacola lo sviluppo, in quanto altera la concorrenza, aumenta il costo delle attività economiche, accresce il costo di beni e servizi e abbassa la qualità dei prodotti e dei servizi.
CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO si ispira ai principi base della ISO 37001, non solo al fine di prevenire i rischi, contenere i costi della corruzione e migliorare la propria reputazione, ma anche per contribuire attivamente alla lotta ai fenomeni corruttivi e instaurare una politica di legalità.

Pertanto, consapevole del fatto che per risolvere il problema della corruzione occorra l'impegno di tutta l'organizzazione, CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO intende creare una cultura della legalità, adottando misure di prevenzione della corruzione che rafforzino i presidi già esistenti, come il Modello 231 .

4. PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DI CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO e MODELLO 231

CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO, condividendo quanto disposto dall'Assessorato alla Salute nell'atto di indirizzo sopra citato, ha deciso di predisporre il suo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026-2028 al fine di prevenire comportamenti potenzialmente esposti ai reati di corruzione e di rafforzare i principi di legalità, correttezza e trasparenza nella gestione delle proprie attività aziendali.

CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO, condividendo altresì i principi espressi nelle linee guida UNI ISO 37001:2016, vuole perseguire l'obiettivo di creare una cultura basata su integrità, trasparenza, onestà e conformità alle leggi, anche al fine di aumentare la fiducia negli affari e a migliorare la propria reputazione.

Il PTPCT è, pertanto, finalizzato a:

• determinare una piena consapevolezza che il manifestarsi di fenomeni di corruzione espone CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO a gravi rischi soprattutto sul piano dell'immagine e può produrre delle conseguenze sul piano penale a carico del soggetto che commette la violazione;

• sensibilizzare tutti i soggetti destinatari a impegnarsi attivamente e costantemente nel rispetto delle procedure e regole interne, nell'attuare ogni utile intervento atto a prevenire e contenere il rischio di corruzione e adeguare e migliorare nel tempo i presidi di controllo aziendali posti a presidio di detti rischi;

• assicurare la correttezza dei rapporti tra CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO e i soggetti che con la stessa intrattengono relazioni di qualsiasi genere, anche verificando e segnalando eventuali situazioni che potrebbero dar luogo al manifestarsi di conflitti.

Attraverso l'adozione del presente PTPCT, CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO intende rafforzare ulteriormente tutti i presidi presenti all'interno della società consentendo di prevenire comportamenti potenzialmente esposti ai reati di corruzione e di rafforzare i principi di legalità, correttezza e trasparenza nella gestione delle attività aziendali, migliorando conseguentemente l'efficacia del Modello 231 e incidendo sulla sua effettiva attuazione.

Infatti, il Piano richiama, con una valenza in chiave anticorruzione, tutti gli strumenti di controllo già implementati attraverso l'adozione del Modello 231, ovvero:
1) le procedure 231 che normano i processi e le attività a rischio e al cui interno sono inoltre formalizzati una sequenza di comportamenti finalizzati a rendere tracciabile il processo decisionale;
2) le parti speciali del Modello di Organizzazione Gestione e Controllo ex d.lgs. 231/2001 all'interno delle quali sono definiti obblighi, divieti, principi comportamentali e principi specifici di controllo che i dipendenti della società sono tenuti ad osservare.

Inoltre, il PTPCT ha lo scopo di prevenire non solo i reati contro la PA previsti dal d.lgs 231/2001, ma anche tutti quelli richiamati dalla l. 190/2012, che sposa una concezione di corruzione molto più ampia, riferendosi grosso modo a quasi tutti i delitti contro la P.A (come già illustrato nel punto 1.1 a cui si rinvia).

In una logica di coordinamento degli adempimenti, CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO provvede ad aggiornare il Modello 231, integrando le misure e i protocolli già previsti nell'ambito della responsabilità amministrativa del soggetto giuridico con le ulteriori procedure individuate all'interno del presente PTPCT.

Al fine di semplificare il sistema di gestione del rischio, si è proceduto anche ad assicurare il coordinamento tra i controlli per la prevenzione del rischio di cui al d.lgs. 231/2001 e quelli per la prevenzione dei rischi di corruzione di cui alla l. 190/2012, nonché quello tra le funzioni del RPCT e quelle dell'ODV.

5. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (RPCT)

Come già spiegato nella narrativa che precede, CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO è una struttura accreditata con il SSN e, avendo natura giuridica di diritto privato, non rientra tra i soggetti tenuti ad adottare le misure di prevenzione della corruzione previste dalla L. 190/2012, né a nominare un Responsabile della prevenzione della corruzione.

Tuttavia CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO, anche in ossequio all'atto di indirizzo dell'Assessore alla Salute della Regione Sicilia, ha deciso sia di predisporre un PTPCT, che di nominare un RPCT.

5.1 CRITERI DI SCELTA DEL RPCT

L'art 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT è individuato dall'organo di indirizzo, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio. Pertanto, è da considerare eccezione la nomina di un dirigente esterno.

Nelle strutture sanitarie convenzionate e accreditate, invece, in quanto enti di diritto privato non rientranti tra i soggetti previsti dalla l. 190/2012, il RPCT potrebbe essere individuato tra i componenti dell'ODV, con il quale lo stesso dovrà operare in stretto raccordo, come previsto dall'atto di indirizzo dell'Assessorato della Salute.

Nell'ipotesi in cui la struttura sanitaria privata si caratterizzi per la presenza di più presidi sanitari, l'atto di indirizzo dispone che venga individuato un RPCT per ogni presidio, da selezionarsi tra le figure organizzative apicali già esistenti.

Secondo il PNA, nonché come previsto dalle le linee guida UNI ISO 37001:2016, il RPCT deve avere adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dell'ente. Nel settore

sanitario, in particolare, è opportuno che il RPCT abbia specifiche competenze in tema di conoscenza dell'organizzazione e gestione della struttura sanitaria, dei processi e delle relazioni in essa esistenti.

Il RPCT deve essere dotato di autonomia valutativa e delle necessarie risorse finanziarie, non deve essere in una posizione che presenti profili di conflitto di interessi e deve essere scelto, di norma, tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva. In questa ottica va evitato, per quanto possibile, che il RPCT sia scelto tra i dirigenti assegnati a uffici che svolgono attività nei settori più esposti al rischio corruttivo, come l'ufficio contratti o quello preposto alla gestione del patrimonio.

Parimenti, il RPCT deve essere una persona che abbia sempre mantenuto una condotta integerrima, escludendo coloro che siano stati destinatari di provvedimenti giudiziali di condanna o provvedimenti disciplinari.

Al fine di contestualizzare tale profilo nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, le caratteristiche sopra citate vengono meglio descritte di seguito.

Profili di competenza

Le caratteristiche conoscitive principali del RPCT devono essere:

- conoscenza dell'organizzazione sanitaria (ospedaliera/territoriale) e dei diversi processi che costituiscono gli elementi fondamentali per la produzione di servizi sanitari;
- conoscenza dei processi amministrativi e gestionali;
- capacità di valutare il contesto in cui opera l'azienda sanitaria e gli snodi importanti di funzionamento della macchina assistenziale ed amministrativa sulla base anche della conoscenza intersettoriale dell'azienda sanitaria e della rete di relazioni interne ed esterne della stessa in ambito locale, regionale ed extra regionale.

Criteri di esclusione

La normativa vigente prevede che il RPCT abbia una adeguata conoscenza della sua organizzazione e del suo funzionamento, sia dotato della necessaria imparzialità ed autonomia valutativa e non versi in situazioni di conflitto di interesse.

Pertanto, non può assumere il ruolo di RPCT:

- il soggetto che negli ultimi tre anni di servizio, abbia esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni (divieto di *pantouflage*, cfr. paragrafo 6.4)
- il soggetto che sia stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I, titolo II, libro II del codice penale (reati contro la PA)
- il soggetto che nei cinque anni precedenti sia stato componente di organo politico di livello nazionale, regionale e locale o candidato in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASP di riferimento.

Nel caso in cui il RPCT sia individuato tra le figure organizzative apicali già esistenti, è necessario escludere i dirigenti assegnati a uffici che svolgono attività nei settori più esposti al rischio corruttivo come, a titolo esemplificativo e non esaustivo, l'ufficio contratti o quello preposto alla gestione del patrimonio, ufficio fatturazione attiva e rendicontazione sanitaria, nonché ruoli di direzione tecnica.

Rispetto ai suddetti criteri di esclusione, eventuali scelte residuali dovranno, in ogni caso, essere adeguatamente motivate, in coerenza con la cornice normativa vigente per l'ambito di riferimento.

Fattori di rischio

Nella scelta del soggetto a cui affidare il ruolo di RPCT, è opportuno tenere in considerazione quegli elementi che possono influenzare, positivamente o negativamente, l'azione dello stesso RPCT ed in particolare:
- il livello di integrità del soggetto cui affidare l'incarico di RPCT;
- il livello di legittimazione/autorevolezza del soggetto all'interno dell'organizzazione e nelle relazioni con gli altri livelli di responsabilità aziendali;
- il grado di "dipendenza" del soggetto e del suo percorso di carriera da persone che operano all'interno dell'azienda (o che ne possono influenzare gli orientamenti dall'esterno);
- l'appartenenza a specifiche "comunità" (ad es. associazioni o altro);
- la mancanza di prospettive di realizzazione di azioni che possono richiedere tempi operativi medio/lunghi (ad esempio, rotazioni troppo brevi possono disincentivare l'attività di un RPCT);
- la necessità di rientro nel precedente percorso di carriera e quindi la convivenza nell'ambiente con ruoli diversi;
- la condivisione dei valori espressi nel Codice Etico aziendale, ecc.;

Alla luce di ciò, l'Organo Amministrativo di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO ha deciso di nominare quale RPCT il Direttore Operativo con funzioni apicali e specifiche competenze di natura amministrativo-gestionale.

5.2 COMPITI E POTERI DEL RPCT - RAPPORTI CON L'ODV

Il RPCT predispone il PTPCT (sulla base degli obiettivi strategici fissati dall'organo di indirizzo[3]) lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione (art 1, co. 8) e verifica la sua efficace attuazione attraverso audit periodici.

Al fine di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, come previsto dall'art. 1, c. 9, lett. c), l. 190/2012, sono previsti in capo all' Organo Amministrativo, al Responsabile ufficio amministrativo, alla Direzione Sanitaria, al R.s.p.p. e agli altri Responsabili di funzione obblighi di informazione nei confronti del RPCT, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPCT e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.

I flussi informativi periodici, ed in particolare quelli relativi ai reati contro la PA, saranno acquisiti dall'ODV in sede di audit 231.

Quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni del PTPCT ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione, il RPC propone modifiche del PTPCT.

[3] L'art. 1, co. 8, l.190/2012 stabilisce che *"l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPCT*". Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPCT nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.

Egli, inoltre, indica 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, vigila sul rispetto delle disposizioni in tema di inconferibilità ed incompatibilità e segnala all'organo di indirizzo e all'organo dirigente le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Il RPCT ha anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione, nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.

Infine, il RPCT redige la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPCT, da inviare all'Organo Amministrativo e all'ODV.

In materia di trasparenza, il RPCT redige e aggiorna la sezione del piano relativa alla Trasparenza ed effettua una costante attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Ente degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

Inoltre, riferisce periodicamente all'Organo Amministrativo, con cadenza annuale. La relazione viene inviata, per quanto di rispettiva competenza, anche all'Odv.

Segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione all'Organo Amministrativo ai fini dell'eventuale attivazione delle azioni più opportune e/o del procedimento disciplinare.

Il RPCT ha anche il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico presentati dal richiedente nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta nei termini, decidendo con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni.

Il RPCT cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nella società, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale.

5.3 LA RESPONSABILITÀ DEL RPCT

A fronte dei compiti attribuiti, la legge 190/2012 prevede (art. 12 e 14) anche consistenti responsabilità in capo al RPCT che opera all'interno delle pubbliche amministrazioni.

In particolare, l'art. 12 stabilisce che in caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde sia sul piano dirigenziale (mancato rinnovo dell'incarico e revoca dell'incarico) ex art. 21 d.lgs. 165/2001, e successive modificazioni, sia sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

Le modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 (art. 14) precisano che in caso di ripetute violazioni del PTPCT sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT non prova di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano. I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

È tuttavia evidente come anche la disciplina della responsabilità del RPT sia totalmente incentrata sui dirigenti delle pubbliche amministrazioni, rivelandosi talvolta inapplicabile nell'ambito di un rapporto di lavoro di diritto privato. In tali casi risulta, infatti, impossibile applicare al RPCT il regime di responsabilità erariale, dirigenziale e disciplinare da pubblico impiego. Tanto è vero che taluni sostengono una sostanziale diversità tra i ruoli di un RPCT a seconda che operi all'interno di un'amministrazione vera e propria ovvero in una società controllata da questa. Per tali ragioni, è stato da qualcuno proposto un approccio basato sull'autonomia organizzativa dell'impresa accompagnata dalla previsione di specifiche responsabilità proprie dell'ambito privatistico. CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO, accogliendo parzialmente quanto previsto nell'ambito della pubblica amministrazione, riconosce una responsabilità di tipo contrattuale al RPCT nel caso di omessa vigilanza, prevedendo un sistema sanzionatorio di tipo disciplinare quale quello adottato in seno al modello 231/2001.

6. GLI ALTRI SOGGETTI INTERNI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE E ADOZIONE DEL PTPCT

Il Piano definisce una serie di obblighi e di misure che coinvolgono l'intera struttura societaria. Come infatti esplicitato nel PNA, nonostante la previsione normativa concentri la responsabilità per il verificarsi di fenomeni corruttivi in capo al RPCT, tutti i dipendenti delle strutture coinvolte nell'attività mantengono, ciascuno, il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti.

Inoltre, al fine di realizzare la prevenzione, l'attività del RPCT deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO - ciascuno nell'ambito delle proprie competenze e delle proprie mansioni ed incarichi svolti a qualsiasi titolo per conto dell'ente – sono, dunque, tenuti a rispettare rigorosamente le prescrizioni del presente Piano e il Codice di Comportamento, nonché ad evitare comportamenti, anche omissivi, tali da impedire od ostacolare il rispetto del Piano ed i controlli relativi alla sua applicazione da parte dell' RPCT.

Oltre al RPCT, gli altri soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO sono descritti di seguito.

6.1 ORGANO AMMINISTRATIVO

L'Organo Amministrativo è responsabile delle seguenti attività:

- nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- approva il Piano della Prevenzione della Corruzione.

L'Organo Amministrativo, all'atto della nomina del RPCT, definisce anche la durata dell'incarico, che:

- non può essere inferiore alla durata in carica dell'Organo Amministrativo;

- cessa per scadenza del termine alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo all'ultimo esercizio della sua carica.

Il RPCT può essere revocato dall'Organo Amministrativo solo per giusta causa; *rimane fermo l'obbligo di rotazione* e la conseguente revoca dell'incarico nel caso in cui, nei confronti del RPCT, siano stati avviati provvedimenti penali per condotte di natura corruttiva.

6.2 L'ORGANISMO DI VIGILANZA EX DLGS 231/01

L'Organismo di Vigilanza è soggetto esterno, indipendente e neutrale, previsto e costituito nell'ambito dell'autonomia regolamentare e organizzativa di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO, al fine di rendere più incisiva ed efficace la strategia di prevenzione della corruzione mediante il potenziamento del sistema dei controlli interni e mediante funzioni di impulso e di proposta. L'Organismo di Vigilanza è dotato di tutti i più ampi ed autonomi poteri necessari ad assicurare una puntuale ed efficiente vigilanza sul funzionamento e l'osservanza del "Modello Organizzativo 231" adottato dalla Società, cui compete tra l'altro:

- partecipare al processo di gestione del rischio;
- considerare i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- partecipare alla redazione dei piani di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

A tal fine è prevista una collaborazione fattiva tra l'Organismo di Vigilanza (ODV) ex dlgs 231/01 ed il Responsabile anti corruzione (RPCT) ex l. 190/2012.

6.3 RESPONSABILI DELLE AREE A RISCHIO CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Ai responsabili delle Aree a rischio corruzione sono attribuite le seguenti responsabilità:
- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT sulle eventuali criticità/violazioni riscontrate (in ambito Anticorruzione e Trasparenza);
- partecipano al processo di gestione del rischio, collaborando con il Responsabile per individuare le misure di prevenzione;

6.4 DIPENDENTI E COLLABORATORI

I dipendenti ed i collaboratori esterni partecipano al processo di gestione del rischio osservando le misure contenute nel Piano e nei documenti ad esso collegati (ad es. Codice di Comportamento, Procedure, etc.), segnalando eventuali situazioni di illecito e casi di conflitto di interesse che li riguardino al proprio responsabile, ed in ogni caso al RPCT.

7. GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO comprende l'insieme di attività, metodologie e risorse coordinate per guidare e tenere sotto controllo la Società con riferimento ai rischi esistenti intesi come la combinazione tra la probabilità che un determinato evento si verifichi e le conseguenze (impatto/danno) che questo evento provoca al suo realizzarsi. L'obiettivo è quello di proteggere e incrementare il valore di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO, sostenendone gli obiettivi attraverso la predisposizione di un quadro metodologico che consenta uno svolgimento coerente e controllato

di ogni attività, il miglioramento del processo decisionale, la pianificazione e la creazione di priorità attraverso una comprensione esauriente e strutturata dell'attività stessa. I principi di sviluppo e attuazione del risk management, definiti dalla Società in applicazione allo standard ISO di riferimento e a recepimento, da ultimo, dell'Allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del PNA 2019, prevedono che suddetto processo:

- sia collegato agli obiettivi di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO e ne favorisca il perseguimento;
- costituisca parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione e del processo decisionale, supportando i vertici e il management nel sistema di governance sia nelle scelte sia nelle priorità delle azioni;
- tratti in maniera sistematica, strutturata e tempestiva l'incertezza;
- sia costruito su misura per l'organizzazione e si adatti al cambiamento (secondo un approccio flessibile e contestualizzato);
- faciliti il miglioramento continuo e il rafforzamento dell'organizzazione.

Di seguito i principi metodologici e finalistici adottati da CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO:

• Attuazione del sistema di prevenzione attraverso un approccio sostanziale e non già come mero adempimento formale;

• Gradualità del processo di gestione del rischio;

• Selettività nell'individuazione delle priorità di trattamento, attraverso una adeguata analisi e stima dei rischi che insistono sull'organizzazione;

• Integrazione fra il processo di gestione del rischio di corruzione e quello del MOG 231 di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO;

• Effettività della strategia di prevenzione.

E' buona prassi, anziché introdurre ulteriori misure di controlli, razionalizzare e mettere a sistema i controlli già esistenti evitando di implementare misure di prevenzione solo formali e migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi indicati.

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema).

Le fasi del processo di gestione del rischio, così come già indicate da ANAC, sono pertanto modulate nel modo seguente:

1) Analisi del contesto (esterno e interno);

2) Valutazione del rischio per ciascun processo (identificazione, analisi e ponderazione del rischio);

4) Trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione);

5) Monitoraggio e riesame.

Gli esiti e gli obiettivi dell'attività svolta sono stati riportati nell'allegato "MAPPATURA AREE A RISCHIO".

Di seguito vengono dettagliatamente descritti i passaggi del processo in argomento.

7.1. ANALISI DEL CONTESTO

L'analisi del contesto (esterno ed interno) costituisce la prima fase del processo di gestione del rischio ed è indispensabile al fine di predisporre un PTPCT contestualizzato e, quindi, più efficace.

Infatti, tale analisi consente, da un lato, di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente in cui opera la società possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno (contesto esterno) e, dall'altro, consente di analizzare l'organizzazione e la gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione (contesto interno)

7.1.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Il PNA, che costituisce Linea guida per gli enti, contiene un generico riferimento al contesto esterno ed interno ai fini dell'analisi del rischio corruttivo. L'aggiornamento del PNA ha valorizzato la circostanza che la prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione o dell'ente per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne.

Dinamiche Territoriali

L'ambito territoriale in cui opera la società coincide con quello della Provincia di Palermo e comprende un territorio suddiviso in 82 comuni, con una popolazione di circa 1,3 milioni di abitanti. Il territorio, in cui ha anche sede l'Assessorato Regionale della Salute, si caratterizza per la presenza di n. 517 strutture private accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (come da elenco pubblicato sul sito dell'Assessorato Regionale della Salute aggiornato al 31 gennaio 2019).

Con riferimento ai reati contro la Pubblica Amministrazione, nel territorio si registra un andamento stazionario. Dalla relazione del Presidente della Corte di Appello di Palermo, presentata durante l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2019, risultano infatti "*ridimensionate le notitiae criminis riguardanti il reato di indebita percezione di contributi, finanziamenti concessi dallo Stato, da altri enti pubblici o dalla Comunità Europea ed il reato di omicidio colposo per violazione delle norme antinfortunistiche.*
Tuttavia, a livello territoriale la zona del palermitano risulta caratterizzata da una densità criminale tra le più elevate del paese, anche a causa della pervasiva e capillare presenza dell'associazione di stampo mafioso "Cosa nostra" che continua ad esercitare il suo diffuso, penetrante e violento controllo sulle attività economiche, imprenditoriali e sociali del territorio."

L'impresa mafiosa, come ben noto, si caratterizza per comportamenti estorsivi e/o corruttivi finalizzati alla penetrazione illecita del mercato.

A livello nazionale, nel settore della sanità il fenomeno della corruzione ha provocato gravissimi danni sul piano etico ed economico. Infatti, la Corte dei Conti ha rilevato che in sanità i fenomeni di corruzione "*si intrecciano con sorprendente facilità a veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo"* e che *"il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriatezza organizzativa e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività"* (Corte dei Conti 2012, 265);

Pertanto, anche a livello nazionale è emersa la necessità di attivare tutte le possibili sinergie per prevenire eventuali rischi corruttivi attraverso, da un lato, l'adozione di misure di prevenzione e, dall'altro, una implementazione delle procedure di verifica, controllo e valutazione a tutti i livelli istituzionali.

In particolare, queste ultime attività, a partire dai controlli interni da parte delle stesse aziende e delle Regioni, devono concretamente condurre all'individuazione di inefficienze e utilizzi impropri di risorse pubbliche.

Alla luce del contesto sanitario nazionale, l'ANAC e il Ministero della Salute hanno siglato, in data 21 aprile 2016, un Protocollo d'intesa con cui si impegnano a porre in essere forme di reciproca collaborazione, al fine di condurre in maniera condivisa attività di verifica, controllo e valutazione anche sul campo sulla corretta e completa implementazione da parte delle aziende sanitarie ed enti assimilati del SSN dei PTPCT.

A tal fine, è stato organizzato presso l'ANAC un Registro del personale ispettivo a supporto delle attività di verifica dei PTPCT, cui ANAC può attingere per coadiuvare il proprio personale ispettivo. A tale registro sono iscritti ispettori e personale operante presso il Ministero della Salute e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

Per le specifiche finalità di cui al suddetto Protocollo, è stato istituito anche un gruppo di lavoro paritetico, denominato Nucleo operativo di coordinamento (NuOC), composto rispettivamente da tre rappresentanti del Ministero della Salute, di ANAC e di AGENAS. Il NuOC svolge funzioni di supporto e propositive nei confronti dell'ANAC nella realizzazione delle attività ispettive di competenza dell'Autorità e, in particolare, per la redazione di un programma di verifica speciale per il settore sanitario e per l'individuazione dei soggetti da sottoporre a ispezione.

Dinamiche Relazionali

Come già sopra evidenziato, al fine di descrivere in modo puntuale il contesto esterno, è necessario analizzare le relazioni con i portatori di interesse esterni che possono influenzare l'attività dell'azienda.

Nell'analisi del contesto esterno contenuta all'interno del suo PTPCT, l'ASP di Palermo descrive come si avvalga del privato accreditato nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, attraverso un processo di pianificazione e sviluppo a carattere armonico, secondo principi di equità e corresponsabilizzazione di tutti gli attori.

Per il sistema sanitario provinciale i produttori accreditati rappresentano, infatti, una risorsa integrativa e complementare, orientata verso settori di attività di interesse aziendale, secondo una programmazione ed un sistema di verifica e riallineamento verso obiettivi quali-quantitativi determinati. Essi partecipano alle reti cliniche integrate, condividendo percorsi diagnostico-terapeutici e standard di appropriatezza del sistema.

CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO offre prestazioni convenzionate. In virtù del convenzionamento, i soggetti con cui l'azienda interagisce sono i seguenti:

- Dirigenti, Funzionari ed incaricati in genere della P.A. (ASP, Regione Siciliana e/o altri Enti Pubblici) Ministero della Salute; Regione Siciliana; Università Italiane/ Estere; Autorità Comunitarie; ASP, Agenzia delle Entrate; Inps, Guardia di Finanza.
- Cittadini.
- Fornitori, ecc..

7.1.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno ha avuto ad oggetto gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione, oltre alla mappatura dei processi. L'analisi è utile ad evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'ente.

L'obiettivo è quello analizzare tutta l'attività, in particolare attraverso la mappatura dei processi, al fine di identificare le aree che sono esposte al rischio corruzione.

A tal fine, sono stati considerati i dati contenuti nel Modello 231, nel Codice di Condotta, la struttura organizzativa, i ruoli e le responsabilità, la qualità e la quantità del personale, i processi decisionali, obiettivi e strategie, politiche, la cultura dell'etica, i flussi informativi, le relazioni interne ed esterne.

Profilo della società

Centro di Medicina Nucleare San Gaetano Srl è una azienda confiscata alla criminalità organizzata già nel corso del 2013.

In particolare, la società, accreditata con il Sistema Sanitario Regionale, risulta specializzata nelle seguenti aree mediche:

- Radioterapia
- Medicina Nucleare

Il centro vanta tre convenzioni con l'Università degli Studi di Palermo per accogliere gli specializzandi in radioterapia, in fisica sanitaria e in farmacia ospedaliera presso i propri reparti per acquisire il know how specialistico e recentemente ha siglato una convenzione con la ASP di Trapani per curare lo start up del reparto di radioterapia del Presidio Ospedaliero "Abele Ajello" di Mazara del Vallo.

Compliance

Si riportano di seguito i principali strumenti di governance di cui la società si è dotata, in osservanza delle previsioni di legge e come codici di autodisciplina:

• Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ai sensi del D.Lgs. 231/2001;

• Mappatura delle aree a rischio reato;

• Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;

• Codice Etico, Codice di comportamento e Sistema Disciplinare;

• Procedure 231 (Ciclo Attivo, Ciclo Passivo, Acquisti, Risorse Umane, Bilancio e Ciclo Fiscale);

• Manuale ISO 9001 Sistema di Gestione della Qualità (con procedure).

I documenti vengono periodicamente aggiornati e consultabili ai sensi del D.Lgs. 33/2013 sul sito internet della Società.

Sistema di Governo Societario

La struttura organizzativa prevede la seguente Area di Governance.

Consiglio di Amministrazione: Il Consiglio di Amministrazione, nominato dall'agenzia nazionale dei beni confiscati alla mafia che rappresenta il socio di maggioranza ossia l'Erario dello

Stato , è l'organo collegiale cui è affidata la definizione delle linee strategiche di sviluppo dell'azienda. I compiti e le funzioni sono quelli previsti dallo statuto della società e finalizzati all'attuazione dello scopo sociale. Il CdA definisce la vision, la mission ed i valori dell'Organizzazione.
Al Consiglio di Amministrazione compete la valutazione delle performance dei Vertici organizzativi dell'azienda, effettuata almeno una volta l'anno sulla base della "Relazione sui risultati conseguiti" presentata dal Presidente. La valutazione dell'operato del Consiglio di Amministrazione compete dall'agenzia nazionale dei beni confiscati alla mafia che la effettua in sede di approvazione del bilancio, anche sulla base della relazione del Revisore Unico.

Presidente del Consiglio di Amministrazione: E' il legale rappresentante dell'azienda, nominato dal Consiglio di Amministrazione:

- con il supporto delle Direzioni (Operativa e Sanitaria) conduce la negoziazione e sottoscrive gli accordi contrattuali con il Servizio Sanitario Regionale, sulla base dei fabbisogni di servizi sanitari dallo stesso individuati in relazione alle esigenze del territorio;
- con riferimento agli accordi contrattuali sottoscritti definisce e pianifica, con la collaborazione delle Direzioni, la tipologia di servizi clinici necessari a soddisfare i bisogni dei pazienti in coerenza con la vision e la mission dell'azienda definita dall'assemblea dei soci;
- definisce, con il supporto delle Direzioni l'organizzazione dell'Azienda e le interrelazioni tra le diverse Funzioni aziendali;
- sulla base delle indicazioni formulate dal Direttore Sanitario e del parere della Direzione Operativa, assicura l'acquisizione delle apparecchiature, dei dispositivi e dei farmaci necessari all'espletamento dei servizi sanitari;
- valuta le performance dei vertici dell'organizzazione, riferendone all'assemblea dei Soci;
- assicura la pianificazione strategica dell'azienda;
- intrattiene i rapporti con gli Enti accreditanti e con le Pubbliche Amministrazioni;
- intrattiene le Relazioni Industriali;
- assicura l'efficacia della comunicazione esterna ed interna;
- redige ed approva, con il contributo della Direzione, le politiche aziendali e le sottopone alla ratifica del Comitato Qualità;
- promuove il lavoro di gruppo e la formazione dei leader dell'organizzazione, con particolare riguardo alla utilizzazione delle metodologie e degli strumenti per il miglioramento continuo delle performance aziendali.

Il Presidente può conferire delega parziale dei propri compiti di Rappresentante Legale della società:
- al Direttore Operativo circa compiti nell'ambito della qualità, sicurezza dei lavoratori, dell'attuazione della normativa relativa alla privacy e al Dlgs 231/2001;
- al Direttore Sanitario per attività connesse con i rapporti con l'ASP e l'Assessorato alla Salute;
- al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, in conformità con il decreto 81/2008;
- in tutti gli altri casi consentiti dalle normative vigenti in materia di gestione delle società a responsabilità limitata.

In ogni caso, le deleghe concesse devono essere formalizzate per iscritto e riportare l'accettazione espressa da parte del delegato.

Consigliere Delegato all' Attività Legale: Assiste il CdA e le articolazioni aziendali nelle loro diverse necessità interpretative ed operative di natura legale (contratti, contenzioso, memorie, ricorsi, pareri, etc.). In particolare:

- supporta la predisposizione, la stesura e la stipula dei contratti e gestisce la tenuta del Repertorio dei contratti stipulati dall'Azienda e gli adempimenti connessi;
- effettua l'esame tecnico-giuridico di provvedimenti legislativi a livello nazionale e regionale ed i provvedimenti amministrativi inerenti l'attività istituzionale dell'Azienda;
- elabora pareri circa l'esatta interpretazione delle disposizioni legislative e delle norme regolamentari per un'organica ed uniforme applicazione;
- effettua lo studio preliminare e l'istruttoria, in sede amministrativa, delle pratiche di contenzioso e cura ogni adempimento inerente i contenziosi;
- supporta l'ufficio del personale per gli aspetti connessi ai contratti di lavoro;
- cura e sviluppa tutti gli aspetti giuridico-legali relativi all'applicazione del d.lgs. 231/2001.

Sono in staff **al Cda**:

- Direttore Operativo: il Direttore è nominato dal Cda e ne risponde direttamente.

Interviene nelle seguenti aree:

- coordina e garantisce la gestione operativa della Società;
- propone al Consiglio di Amministrazione gli obiettivi annuali e la programmazione dei servizi;
- rendiconta mensilmente al Consiglio di Amministrazione l'andamento della gestione, indicando i principali punti di attenzione e sottoponendogli eventuali interventi e correttivi;
- attende alla corretta e tempestiva tenuta delle scritture contabili, la redazione dei fascicoli di bilancio e gli adempimenti fiscali, nel rispetto della normativa di riferimento;
- sovrintende all'organizzazione dei servizi sanitari nel rispetto della normativa di riferimento e delle linee e degli indirizzi definiti dal Consiglio di Amministrazione;
- svolge attività di costante vigilanza e controllo, nonché di verifica dell'utilizzo delle risorse economico-finanziarie disponibili;
- coordina, promuove ed organizza i servizi, a supporto della piena accessibilità e fruizione delle attività sanitarie;
- cura le attività di programmazione finanziaria della società, con delega di firma per i pagamenti di beni e servizi per un importo unitario fino ad euro 20.000,00 in ciò coordinandosi con il Presidente del Consiglio di Amministrazione e con il Consigliere Delegato, ai quali andrà rimessa copia degli impegni di spesa regolati unitamente ai relativi allegati e/o giustificativi;
- approva le procedure di organizzazione aziendale ed i piani operativi;
- garantisce la corretta applicazione delle procedure operative;
- coordina le attività di valutazione dell'acquisizione dei fattori della produzione con delega di firma per ordinativi di beni e servizi per un importo unitario fino ad Euro 20.000,00, coordinandosi con il Presidente del Consiglio di Amministrazione e con il Consigliere Delegato, ai quali andrà rimessa copia dei documenti contrattuali e degli impegni di spesa unitamente ai relativi allegati e/o giustificativi;
- sovrintende alle attività dirette a garantire il costante rispetto delle prescrizioni normative di settore e generali e l'allineamento dell'organizzazione alle norme in materia di accreditamento con il S.S.N.;

- coordina le attività relative alla organizzazione e gestione del personale operante nella società, ivi compresa la gestione dei rapporti ordinari con le Organizzazioni Sindacali ed i loro rappresentanti;
- supervisiona le attività di conservazione, tutela e manutenzione del patrimonio aziendale, con delega ad impegni di spesa per attività urgenti ed indifferibili di manutenzione fino all'importo di euro 50.000,00, compiegando copia degli impegni di spesa assunti, unitamente ai relativi allegati e/o giustificativi, al Presidente del Consiglio di Amministrazione ed al Consigliere Delegato;
- verifica il rispetto della normativa di riferimento con particolare attenzione a tutte le aree di particolare rischio operativo, quali: smaltimento dei rifiuti speciali, scarico acque reflue, radioprotezione, rispetto della privacy e della sicurezza e protezione aziendale nonché, più in generale, a tutte le normative che regolano specificamente le attività sanitarie della società e in particolare:
- in tema di sicurezza (D. Lgs. 81/08) assume la qualità di datore di lavoro, procedendo al conferimento degli incarichi alle figure previste dalla normativa di riferimento;
- in materia di trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. (Codice della Privacy) è designato responsabile del trattamento dei dati ex articolo 4, comma 1, lett. g);
- è responsabile dell'approvazione e dell'attuazione di tutte le procedure del Sistema di Gestione per la qualità (ISO 9001:2015), avvalendosi della collaborazione del Responsabile Qualità e Accreditamento;
- riesamina, ogni anno, con la collaborazione dei componenti del Comitato Qualità, l'adeguatezza del Sistema Qualità intervenendo, ove necessario, sull'organizzazione del lavoro e sulle modalità di presidio dei processi
- è responsabile dell'attuazione del Modello di Organizzazione e Gestione ai sensi del D. Lgs. 231/2001 e s.m.i., nonchè degli adempimenti a carico della società, essendo altresì il punto di raccordo tra il Consiglio di Amministrazione e l'Organismo di Vigilanza;
- approva il piano degli acquisti e la scelta di nuovi fornitori.

- Organismo di Vigilanza ODV: è costituito ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001 n. 231 All'Organismo di vigilanza è demandato il compito di effettuare la valutazione dei rischi dall'esposizione della Società dai reati suddetti, definire tutte le procedure atte a prevenire la commissione degli stessi, nonché l'effettuazione dei controlli tesi a verificare la loro corretta osservanza.

- **Responsabile servizio prevenzione e protezione RSPP:** Il responsabile riporta direttamente al Datore di lavoro che rientra tra le deleghe del Direttore Operativo. Il Responsabile è costituito ai sensi del D. Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008 e si occupa di garantire l'attuazione delle disposizioni previste dal T.U. n°81/08 e normativa complementare.

- Responsabile qualità e accreditamento: Il responsabile riporta direttamente al Direttore Operativo che ha delega specifica da parte del CdA in merito ai temi di qualità e accreditamento.
Il Responsabile:

- supporta il Presidente e la Direzione Sanitaria ed Operativa nella implementazione della struttura organizzativa e nella verifica del suo corretto funzionamento;
- definisce l'architettura del sistema di gestione per la qualità;
- assicura la verifica del mantenimento dei requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale;
- coordina le attività di implementazione delle azioni decise dal Comitato Qualità per il miglioramento delle performance del Centro ambulatoriale;

- effettua il monitoraggio dello stato di attuazione del programma per il miglioramento della qualità e sicurezza del paziente raccogliendo informazioni e dati sui quali riferisce al Comitato Qualità;
- supporta i Responsabili delle Funzioni e Servizi nella predisposizione e nell'aggiornamento delle procedure e istruzioni operative;
- assicura la diffusione della documentazione di sistema a tutti i ruoli interessati;
- assicura l'archiviazione degli originali della documentazione di sistema;
- assicura la rilevazione di indicatori di performance e redige i relativi report;
- come componente del Comitato Qualità, partecipa alla elaborazione dei piani di qualità e miglioramento, dei quali verifica la corretta attuazione;
- pianifica e conduce gli audit interni, per i quali redige i report per il Comitato Qualità;
- verifica, d'intesa con la Direzione, la completa e corretta attuazione dei piani di formazione, con particolare riguardo ai corsi obbligatori;
- verifica l'accreditamento ECM dei corsi di formazione interni;
- supporta il Referente per il rischio clinico nella conduzione degli audit comportamentali sul rischio clinico e delle root cause analysisi su eventi avversi e near misses;
- verifica la coerenza di politiche, procedure ed istruzioni operative, delle quali cura la distribuzione e l'archiviazione;
- cura la formazione del Personale sui principi e gli strumenti della Qualità e sui criteri per l'accreditamento istituzionale.

- Responsabile ufficio relazioni con il pubblico: Il responsabile riporta direttamente al Direttore Operativo che ha delega specifica da parte del CdA in merito ai temi di qualità e accreditamento. Il responsabile si occupa della gestione della prima accoglienza del paziente fornendo le indicazioni necessarie per l'accesso alla struttura ed inoltre della raccolta delle osservazioni e dei reclami presentati dagli utenti.

- Responsabile Funzione Amministrazione e Controllo: Il responsabile dell'ufficio riporta direttamente, in relazione alle materie, al CdA. Il responsabile garantisce il regolare svolgimento degli adempimenti amministrativi delle società sanitarie, curando la tenuta e l'aggiornamento delle scritture contabili, gli adempimenti fiscali, la ottimizzazione della gestione dei flussi finanziari e dei rapporti di debito e di credito delle società nei confronti dei terzi, lo sviluppo e l'utilizzo del sistema di programmazione e controllo di gestione.

- Funzione Tecnico e Patrimonio Immobiliare: Il responsabile dell'ufficio riporta direttamente al Direttore Operativo. Il responsabile garantisce la gestione tecnica e la valorizzazione del patrimonio immobiliare aziendale.

- Funzione Acquisti, Sistemi Informativi e Ingegneria Clinica: Il responsabile dell'ufficio riporta direttamente al Direttore Operativo. Il responsabile garantisce la corretta ed efficiente gestione degli approvvigionamenti dei beni e servizi e la loro disponibilità ai servizi nel rispetto della normativa; sviluppa e gestisce i sistemi informativi/ci in funzione delle esigenze organizzative delle società; garantisce il costante sviluppo e la manutenzione delle attrezzature elettromedicali al fine di tutelare e valorizzare il parco tecnologico disponibile presso le tre società.

- Funzione Personale: Il responsabile dell'ufficio riporta direttamente al Direttore Operativo. Il responsabile garantisce gli adempimenti relativi alla gestione del personale nel rispetto della normativa di riferimento.

Il Direttore Sanitario: il Direttore Sanitario riporta direttamente al CdA. E' nominato dal Presidente, tenuto conto delle indicazioni del Consiglio di Amministrazione.
E' responsabile dell'organizzazione tecnico-sanitaria sotto il profilo igienico ed organizzativo, per la quale risponde all'Autorità sanitaria ed al Presidente.
In particolare:

- definisce le politiche e gli indirizzi per la selezione e l'assunzione del Personale sanitario;
- d'intesa con i Responsabili di Unità Funzionali e Servizi Specialistici propone alla governance aziendale, l'acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari ed esprime il proprio parere in ordine a eventuali trasformazioni edilizie del Centro ambulatoriale;
- controlla la regolarità ed efficienza delle attività di assistenza ai pazienti da parte del personale medico ed infermieristico;
- verifica la regolare compilazione e tenuta della documentazione sanitaria;
- controlla le cartelle cliniche dei pazienti afferenti il reparto di radioterapia;
- effettua il riesame delle cartelle cliniche contestate dalla ASP;
- è responsabile della corretta attuazione delle procedure di sicurezza sul lavoro in conformità alla normativa vigente e dei piani di sicurezza e vigilanza dalla Centro ambulatoriale;
- assicura la tenuta e l'aggiornamento del registro contenente i dati anagrafici e professionali del personale addetto ai servizi sanitari;
- trasmette all'ASP di competenza l'elenco del personale addetto ai servizi sanitari in servizio al 1° gennaio e di quello convenzionato e comunica le successive variazioni;
- vigila sulla regolare compilazione e tenuta del registro degli interventi chirurgici e dell'archivio clinico;
- assicura la trasmissione alle autorità sanitarie ed all'ISTAT dei dati e delle informazioni richieste;
- stabilisce, in rapporto alle esigenze dei servizi, i criteri per l'impiego, la destinazione ed i turni del personale medico, infermieristico, tecnico ed esecutivo addetto ai servizi sanitari;
- controlla il comportamento del Personale addetto ai servizi sanitari proponendo gli eventuali provvedimenti al Presidente;
- rilascia agli aventi diritto copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria;
- autorizza l'acquisto di farmaci stupefacenti;
- controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico degli stupefacenti;
- approva i piani di formazione e addestramento del Personale;
- come componente del Comitato Qualità partecipa alla redazione dei piani di miglioramento per la qualità e la sicurezza, dei quali verifica la corretta implementazione;
- coordina le attività del Comitato Aziendale per la gestione del rischio clinico;
- effettua la valutazione periodica delle competenze dei Responsabili di Unità Funzionale, dei Servizi Specialistici e dei Servizi Infermieristici.

Sono in staff al **Direttore Sanitario** le seguenti funzioni:
- Responsabile Unità Funzionale, è responsabile dell'organizzazione dell'Unità Funzionale a lui affidata, per la quale risponde alla Direzione Sanitaria e al CdA.
-Responsabile di servizio specialistico, è responsabile dell'organizzazione del proprio servizio a lui affidata, per la quale risponde alla Direzione Sanitaria e al Direttore Operativo.
- Risk Manager, è responsabile della identificazione, valutazione e gestione dei rischi clinici e organizzativi.

Collegio dei Sanitari

Per assicurare il compimento della mission aziendale, la governance aziendale ha istituito un Collegio dei Sanitari a cui ha affidato le seguenti funzioni:

- assicurare il costante impegno di tutto il personale nelle attività di gestione e miglioramento della qualità all'interno dell'organizzazione;
- determinare attività e adempimenti circa il rischio clinico;
- educare e coinvolgere il personale nelle attività dei programmi di misurazione e miglioramento;
- stabilire le priorità di intervento;
- adottare decisioni basate sui dati delle misurazioni;
- progettare e realizzare il miglioramento, anche attraverso opportune azioni di benchmarking.

Il Collegio è composto da:

- **Direttore Operativo**
- **Direttore Sanitario**
- **Responsabili Unità Funzionali**
- **Responsabili Servizi Specialistici**
- **Responsabile Qualità e Accreditamento**

Il collegio funge quindi da comitato interdisciplinare per :

- **la Qualità Aziendale**
- **il Rischio Clinico**
- **Gestione Dolore**

7.2 VALUTAZIONE DEL RISCHIO *(RISK ASSESSMENT)*

La valutazione del rischio è la macro-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 (trattamento del rischio). Come descritto anche nelle linee guida ISO 37001, la valutazione del rischio ha lo scopo di permettere la costruzione di una base solida con cui gestire la prevenzione della corruzione.

La valutazione del rischio deve essere fatta per ciascun processo e consiste in tre fasi:

- identificazione del rischio *(Risk identification)*;
- analisi del rischio *(Risk analysis)*;
- ponderazione del rischio *(Risk evaluation)*.

La rilevazione e l'analisi del rischio in CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO è stata condotta a partire dalla rilevazione effettuata in sede di redazione del Modello 231 e sistema qualità per procedere gradatamente al riesame e alla compilazione da parte dei Responsabili/Referenti anticorruzione e trasparenza di ulteriori dettagliate schede di rilevazione dei processi e di identificazione valutazione e trattamento dei rischi rilevati (misure specifiche), per ognuna delle sotto-aree individuate nelle due "macro aree" di attività (istituzionali e strumentali). Quanto al livello di accuratezza e esaustività dell'attività di "gestione del rischio" e della mappatura dei processi, in considerazione del fatto che si tratta di un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione con diretta incidenza sulla qualità dell'analisi

complessiva, essa sarà gradualmente effettuata con un livello di approfondimento non superficiale ma analitico, tenendo conto della dimensione organizzativa della società, delle conoscenze e delle risorse disponibili e dell'esistente Modello 231 come base di partenza. Sotto il profilo metodologico saranno coinvolti tutti i Responsabili/Referenti anticorruzione e trasparenza delle strutture organizzative.

Con riferimento alla fase di valutazione del rischio, il PNA 2019 ribadisce l'importanza del coinvolgimento della struttura organizzativa, secondo il principio guida della "responsabilità diffusa", al fine di reperire importanti informazioni sugli eventi rischiosi, sui fattori abilitanti e sulle criticità e caratteristiche del processo utili ad una più puntuale valutazione dell'esposizione al rischio.

7.2.1 IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO *(Risk identification)*

L'identificazione del rischio ha lo scopo di individuare e descrivere gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi all'interno dei processi.

Come descritto nelle linee guida ISO 37001, i criteri con cui è effettuata la valutazione del rischio di corruzione sono a discrezione dell'organizzazione.

CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO, tenendo in considerazione i valori espressi nel Codice Etico e nel Codice di Condotta e i propri obiettivi di prevenzione della corruzione, ha stabilito di valutare il livello di rischio di corruzione sulla base dei seguenti criteri:

- dimensione e struttura della società,
- luogo e settore in cui opera,
- natura, entità, complessità del tipo di attività,
- soggetti con cui entra in contatto: utenti, fornitori, dipendenti e collaboratori, PA,
- natura e frequenza delle interazioni con la PA,

Sono stati, inoltre, considerati:

- il contesto interno e la mappatura dei processi,
- fonti informative interne (es: consultazione e confronto con i responsabili dei settori e il personale amministrativo; ma anche: procedimenti disciplinari, segnalazioni, report di uffici di controllo, incontri con il personale),
- tra le fonti esterne, PNA 2015 suggerisce di non sottovalutare:

a) i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione o dell'ente. Possono essere considerate le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso e i decreti di citazione a giudizio riguardanti i reati contro la PA e il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (artt. 640 e 640 bis c.p.);

b) i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);

c) i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.

d) le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente quelle ricevute tramite apposite procedure di *whistleblowing*. È opportuno considerare anche quelle trasmesse dall'esterno dell'amministrazione o dell'ente. Altri dati da considerare possono emergere dai reclami e dalle risultanze di indagini di *customer satisfaction* che consentono di indirizzare l'attenzione su fenomeni di cattiva gestione;

e) ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (es. rassegne stampa.).

Al fine di non compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione, è stato applicato il **principio di prudenza** e pertanto sono stati individuati tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi e avere conseguenze sulla società.

Come previsto dalle linee guida UNI ISO 41000:2010, richiamate dall'Aggiornamento 2015 al PNA, infatti, un evento rischioso non identificato in questa fase non viene considerato nelle analisi successive, provocando una scarsa efficacia del piano triennale.

7.2.2 ANALISI DEL RISCHIO *(Risk analysis)*

L'analisi del rischio ha l'obiettivo di consentire una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, di individuare le cause che favoriscono il loro verificarsi ed infine di stabilire il livello di esposizione al rischio dei processi analizzati.

Pertanto, sono stati descritti i potenziali comportamenti corruttivi e/o le azioni volte ad ottenere vantaggi illeciti attraverso la corruzione, indicandone anche le finalità.

7.2.3 PONDERAZIONE DEL RISCHIO *(Risk evaluation)*

La ponderazione del rischio consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi svolta e confrontarlo con gli altri rischi al fine di stabilire le priorità e l'urgenza di trattamento.

L'analisi svolta ha permesso di classificare i rischi individuati in base al loro livello di rischio. I processi con livello di rischio più elevati costituiscono le aree di rischio più sensibili da trattare con maggiore urgenza.

Per graduare i livelli di rischio emersi per ciascun processo, è stato utilizzato il sistema di valutazione/ponderazione basato su 3 livelli di rischio:

- **RISCHIO ELEVATO: Priorità elevata = interventi urgenti**
- **RISCHIO MODERATO: Priorità media = interventi a medio termine**
- **RISCHIO BASSO: Interventi da valutare in sede di riesame annuale**

Gli esiti dell'attività sono stati evidenziati come indicato nel seguente prospetto:

RISCHIO ELEVATO	Priorità elevata = interventi urgenti	
RISCHIO MODERATO	Priorità media = interventi a medio termine	
RISCHIO BASSO	Interventi da valutare in sede di riesame annuale	

Gli esiti dell'attività svolta sono stati riportati nell'allegato "MAPPATURA AREE A RISCHIO".

7.3 TRATTAMENTO DEL RISCHIO *(Risk treatment)*

Il trattamento del rischio è l'ultima fase della gestione del rischio e consiste nell'individuazione di una serie di misure finalizzate a prevenire, ridurre o eliminare la probabilità che si verifichino rischi di corruzione o azioni illegali. Sono pertanto state previste "Misure generali" che si contraddistinguono per il loro carattere di trasversalità, in quanto applicabili a tutte le attività svolte dalla Società e "Misure specifiche" finalizzate alle aree a più elevato rischio di corruzione.

La fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato ad intervenire sui rischi emersi attraverso sia la verifica dell'applicazione delle procedure esistenti all'interno dell'organizzazione, sia attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto, ovvero azioni idonee a neutralizzare o mitigare il livello di rischio-corruzione connesso ai processi posti in essere dall'organizzazione. L'individuazione e la valutazione delle misure è compiuta dal RPCT con l'eventuale coinvolgimento dell'Organismo di Vigilanza di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO nominato ai sensi del D. Lgs. 231/01 ("OdV").

La fase del trattamento del rischio è stata divisa in due sotto-fasi:

a) Identificazione delle misure: sono state identificate le misure di trattamento con i seguenti tre requisiti:

- efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio: ciò è possibile solo a seguito di un'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso;
- sostenibilità economica e organizzativa delle misure: sono state identificate le misure che risultano concretamente attuabili da parte dell'ente, evitando così di rendere irrealistico lo stesso PTPCT;
- adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione: sono state identificate misure adatte alle peculiari esigenze dell'ente e alla sua organizzazione.

b) Programmazione delle misure: le misure individuate sono state programmate adeguatamente, indicando:

- la tempistica, con indicazione delle fasi necessarie per l'attuazione della misura, in modo da consentire il monitoraggio da parte del RPCT;
- i responsabili, cioè gli uffici preposti all'attuazione della misura;
- gli indicatori di monitoraggio e i valori attesi.

7.4 MONITORAGGIO DEL PTPCT E DELLE MISURE *(Monitoring)*

Il monitoraggio riguarda tutte le fasi di gestione del rischio al fine di poter intercettare rischi emergenti e identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura.

È opportuno che delle risultanze del monitoraggio si dia conto all'interno del successivo PTPCT e all'interno della Relazione annuale del RPCT.

Il monitoraggio del PTPCT avverrà con audit periodici in esecuzione a specifiche procedure e/o protocolli la cui attuazione verrà periodicamente verificata.

Particolare attenzione deve essere posta al monitoraggio sull'attuazione delle misure. La programmazione operativa consente al RPCT di dotarsi di uno strumento di controllo e di monitoraggio dell'effettiva attuazione delle misure, attraverso indicatori di monitoraggio.

Il monitoraggio sulla efficace attuazione delle misure anticorruzione sarà effettuato con cadenza annuale, al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità emerse.

7.5 AREE DI RISCHIO E MAPPATURA DEI PROCESSI

La "mappatura dei processi" necessaria ai fini dell'analisi del contesto interno consiste 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 dal PNA. Infatti, lo scopo è quello di prevenire atti e comportamenti che, anche se non consistono in specifici reati, comportano un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, contrastando con la necessaria cura dell'interesse pubblico.

Detta mappatura, quindi, risulta più ampia rispetto a quella fatta ai fini della redazione del Modello 231 che, invece, ha riguardo ai soli reati descritti nel d.lgs. 231/2001.

Inoltre, la mappatura dei processi fatta ai sensi del d.lgs. 231/2001 è volta ad individuare i processi a rischio reato commesso nell'interesse o a vantaggio della società, mentre la mappatura fatta ai fini della redazione del PTPCT è volta ad evidenziare i processi in cui sussiste il rischio di reati commessi anche in danno della società.

Ebbene la mappatura dei processi del PTPCT di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO è stata effettuata con riferimento a tutte le aree che comprendono ambiti di attività che la normativa e il PNA considerano potenzialmente a rischio per tutte le Amministrazioni.

Il PNA distingue le aree di rischio in generali e specifiche. Quelle generali sono comuni a tutte le Amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte.

Con il PNA 2019 restano invariate le aree di rischio precedentemente considerate:

- 4 aree obbligatorie individuate dalla L. 190/2012 (Personale, Contratti, Autorizzazioni, Concessioni)
- 4 individuate dall'ANAC (Gestione entrate/spese/patrimonio, Incarichi e nomine, Affari legali e contenzioso, Controlli/verifiche/ispezioni/sanzioni)
- 3 aree specifiche individuate dall'ANAC (Governo del territorio, Gestione dei rifiuti, Pianificazione urbanistica)

Ebbene la mappatura dei processi del PTPCT di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO è stata effettuata con riferimento a tutte le aree che comprendono ambiti di attività che la normativa e il PNA considerano potenzialmente a rischio per tutte le Amministrazioni ovvero:

Aree di rischio generali

Le attività ritenute maggiormente sensibili (dettagliate nel Modello di organizzazione e gestione ex D.Lgs. 231/01), in quanto a più elevato rischio di corruzione sono state individuate tra le altre a:

a) **Area acquisizione e progressione del personale** (reclutamento e assunzione di personale, somministrazione, attribuzione di premi, progressioni strutturali e conferimento incarichi organizzativi)

b) **Area affidamento di lavori, servizi e forniture** (gare e contratti) (programmazione e progettazione, gare e affidamento, stipula del contratto ed esecuzione)

c) **Area economico finanziaria, gestione delle entrate e delle spese** (incluso sovvenzioni e finanziamenti, liberalità)

d) **Area controlli e verifiche ispezioni sanzioni**:

- omissione di controlli, ovvero boicottaggio degli stessi o, ancora, alterazione dei controlli per effetto di conflitti di interesse tra soggetto controllante il soggetto controllato, controlli non veritieri, parziali o superficiali.

e) **Area incarichi e nomine**:

- incarichi e nomine fondate su un criterio di conoscenza/amicizia/favore personale, e non sulla base di un criterio di professionalità di specializzazione di competenza;

-incarichi e nomine non necessarie e conferite allo scopo di creare un'opportunità/lavoro/occasione al soggetto incaricato o nominato.

f) **Area affari legali, contenzioso**:

-scelta degli avvocati con criterio individuale e personale, sulla base di conoscenza/amicizia/favore personale, e non sulla base di un criterio di professionalità e di specializzazione per competenza.

Aree di rischio specifiche

L'analisi delle aree di rischio specifiche, in attuazione delle indicazioni formulate dall'Autorità, è condotta oltre che attraverso la mappatura dei processi, anche facendo riferimento a:

- analisi di eventuali casi giudiziari e altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nella società o in amministrazioni dello stesso settore di appartenenza;
- incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici;
- incontri (o altre forme di interazione) con i portatori di interesse esterni, con particolare riferimento ad esperti e alle associazioni impegnate sul territorio nella promozione della legalità, alle associazioni di categoria e imprenditoriali.
- Omaggi, donazioni, sponsorizzazioni, attività promozionali e erogazioni liberali
- Gestione rimborsi spese a dipendenti e spese di rappresentanza
- Attività di formazione

Gli esiti dell'attività svolta sono stati riportati nell'allegato "MAPPATURA AREE A RISCHIO".

8. MISURE GENERALI

Per l'elaborazione della strategia di prevenzione, l'ente deve applicare tutte le misure di prevenzione della corruzione disciplinate direttamente dalla legge. Infatti, come più volte specificato dal PNA, è necessario porre in essere le azioni e introdurre ed implementare le **misure** che si configurano come **obbligatorie**, in quanto disciplinate direttamente dalla legge, nonché sviluppare **misure ulteriori** anche in riferimento al particolare contesto di riferimento.

Gli ambiti di seguito illustrati costituiscono azioni e **misure generali** finalizzati alla prevenzione della corruzione.

8.1 CODICI DI COMPORTAMENTO

Contesto normativo

L'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, come modificato dall'art. 1, comma 44, della l. n. 190, ha assegnato al Governo il compito di definire un Codice di comportamento dei pubblici dipendenti "*al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.*"
In attuazione della delega il Governo ha approvato, con d.p.r. 62/2013, il *"Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165"*.
Inoltre, secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del d.lgs. n. 165 del 2001 e dall'art. 1, comma 2, del Codice, ciascuna amministrazione deve definire un proprio Codice di comportamento.

Il Codice di comportamento di cui al d.p.r. 62/2013 costituisce, pertanto, la base giuridica di riferimento del Codice proprio di ogni amministrazione, al fine di creare un unico Codice comprensivo di tutte le norme etiche e di comportamento in genere contenute nei due distinti codici.

Lo strumento dei codici di comportamento è una misura di prevenzione della corruzione fondamentale, in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti.

L'ANAC ha definito le linee guida n. 358/2017 per fornire agli enti del SSN alcune raccomandazioni e indicazioni pratiche sull'adozione del Codice di comportamento come mezzo per contestualizzare, alla luce delle proprie specificità, le norme di portata generale contenute nel Regolamento di cui al d.p.r. 62/2013.

In particolare, nelle linee guida sopra citate, l'Anac raccomanda che il Codice:
- contenga un rinvio generale ai contenuti del Regolamento e introduca previsioni più specifiche sulla base delle indicazioni contenute nelle presenti linee guida;
- richiami all'osservanza dei principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza e imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità, nonché dei principi di centralità della persona, di accessibilità, appropriatezza, qualità e sicurezza delle prestazioni e delle attività sanitarie, di umanizzazione delle cure, di obiettività e indipendenza nell'attività di sperimentazione e ricerca e tutela della riservatezza.

Il codice di comportamento di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO

CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO ha già adottato un **Codice Etico**, allegato al Modello 231, in cui sono esplicitati i valori, gli impegni e le responsabilità etiche nella conduzione degli affari e delle attività aziendali assunti dai collaboratori (amministratori, dipendenti apicali e non).

CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO ha anche adottato un **Codice di Condotta**, cioè "Linee di Condotta" che individuano, se pur a titolo non esaustivo, comportamenti relativi all'area del "fare" e del "non fare". Amministratori, Sindaci, dirigenti, dipendenti della Società, e in generale tutti coloro che operano in nome e/o per conto e/o nell'interesse della Società, devono attenersi al Codice di Condotta per evitare il determinarsi di situazioni ambientali favorevoli alla commissione dei reati rilevanti ai sensi del d.lgs. 231/20011.

I principi ed i valori contenuti nel Codice etico e nel Codice di Condotta sono coerenti sia con il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al d.p.r 62/2013, che con le linee guida 358/2017 dell'ANAC.

Quanto all**'ambito soggettivo di applicazione**, i predetti Codici si applicano a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO, ed in particolare a:
a. personale sanitario;
b. coloro che ricoprono ruoli e/o svolgono funzioni strategiche in seno all'organizzazione;
c. personale operante nelle aree c.d. "a rischio generale o specifico";
d. soggetti impiegati presso le strutture di rappresentanza legale dell'amministrazione;
e. soggetti impiegati presso gli uffici per le relazioni con il pubblico;
g. collaboratori e consulenti dell'amministrazione con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, conferito a qualsiasi titolo;
h. collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e/o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.
i. stakeholders;
Gli atti di incarico e i contratti di acquisizione delle collaborazioni, delle consulenze o conclusi con imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'ente conterranno apposite clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dai Codici, come sotto meglio specificato.
La dichiarazione di presa d'atto sottoscritta dal soggetto tenuto al rispetto dei Codici sarà rilasciata al momento dell'instaurazione del rapporto di lavoro, formandone parte integrante.

CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO garantisce la più ampia conoscenza e **diffusione** dei contenuti dei Codici presso dipendenti, collaboratori e dipendenti.
Per quanto attiene alle modalità di divulgazione dei Codici, CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO prevede, a titolo indicativo ma non esaustivo:
- l'identificazione dei soggetti incaricati di curare la diffusione (RPCT);
- la pubblicazione dei Codici sul sito internet dell'amministrazione, nonché sulla rete intranet ove presente;
- i sistemi di controllo interno a garanzia del rispetto delle prescrizioni contenute nei Codici;
- l'individuazione di iniziative formative idonee a garantire sia la conoscenza delle prescrizioni dei Codici che la consapevolezza delle implicazioni derivanti dalla loro violazione.

La **violazione delle disposizioni dei Codici** è fonte di responsabilità disciplinare e si applica il Sistema Sanzionatorio allegato al Modello 231.
Per i casi in cui le violazioni delle disposizioni dei Codici non siano direttamente riconducibili a fattispecie disciplinari, il **Codice Sanzionatorio** individua le sanzioni sulla base dei principi di responsabilità, proporzionalità, equità e parità di trattamento.
La violazione dei Codici è altresì rilevante ai fini della responsabilità penale, civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti.

Inoltre, per quel che riguarda la riconducibilità delle violazioni dei Codici alla responsabilità disciplinare, nei contratti individuali di lavoro è inserito il richiamo al dovere di osservanza delle disposizioni dei Codici, con la precisazione che l'eventuale violazione verrà sanzionata.

Pertanto, ogni soggetto tenuto al rispetto dei Codici, al momento della stipula del contratto con l'amministrazione, dovrà dare atto di conoscere i Codici, le sue prescrizioni e le conseguenti responsabilità, anche disciplinari, in caso di violazione.

E' inoltre opportuno sottolineare che le norme dei Codici costituiscono altresì precise obbligazioni contrattuali e che, nei casi di violazione delle stesse, l'ente agisce nei confronti del trasgressore, ricorrendo agli strumenti e alle tutele previste dall'ordinamento giuridico, quali, a mero titolo esemplificativo, la risoluzione del contratto e il risarcimento del danno, anche di immagine, derivato all'amministrazione dalla condotta lesiva.

Le previsioni dei Codici non escludono quelle previste dai codici dei singoli ordini di appartenenza dei destinatari del Codice medesimo.

Al fine di consentire un adeguato **monitoraggio** sul rispetto dei Codici, il RPCT nella redazione della relazione annuale dà atto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.

In sede di revisione dei Codici, il RPCT provvederà a riflettere sulle ricadute delle misure di prevenzione in termini di doveri di comportamento. Specificamente, valuterà, per ciascuna misura proposta, se i doveri di comportamento individuati sono sufficienti a garantire il successo delle misure, ovvero se non sia necessario individuare ulteriori doveri da assegnare a determinati uffici o a determinati dipendenti.

8.2 ROTAZIONE

Funzione

Il PNA considera la rotazione del personale come misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

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

La rotazione non va vista, quindi, come misura con valenza punitiva o da assumere in via emergenziale, ma come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da accompagnare con percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Inquadramento normativo

La rotazione del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni nelle aree a più elevato rischio di corruzione è stata introdotta come misura di prevenzione della corruzione dall'art. 1, co. 5, lett. b) della l. 190/2012.

Secondo quanto disposto dall'art. 1, co. 10, lett. b) della l. 190/2012, il RPCT deve verificare, d'intesa con il dirigente competente, «l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione».

Si tratta della cd **"rotazione ordinaria"**, che è stata inserita dal legislatore come una delle misure organizzative generali a efficacia preventiva che può essere utilizzata nei confronti di coloro che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione.

La rotazione ordinaria si differenzia dalla cd "**rotazione straordinaria**" prevista dall'art. 16, c. 1, lett. l-quater) del d.lgs. 165/2001 per il personale pubblico nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Nonostante la rotazione ordinaria sia una misura di prevenzione della corruzione prevista per le pubbliche amministrazioni, nelle linee guida n. 1134/2017 l'ANAC raccomanda la sua applicazione anche all'interno delle società, compatibilmente con le loro esigenze organizzative

Criticità di applicazione

Non sempre la rotazione è una misura che si può realizzare, specie all'interno di amministrazioni di piccole dimensioni. In casi del genere è necessario che le amministrazioni motivino adeguatamente nel PTPCT le ragioni della mancata applicazione dell'istituto.

Misure alternative

Misure alternative alla rotazione ordinaria in caso di ostacoli organizzativi, proposte dal PNA 2019 e da motivare nel PTPCT possono essere:

- Segregazione delle funzioni;
- Affiancamento di un funzionario al responsabile del procedimento;
- Programmazione pluriannuale della rotazione in raccordo con la formazione per superare i vincoli oggettivi relativi al buon andamento associato alla competenza professionale;
- Gradualità della rotazione che parte dai responsabili dei procedimenti;
- Monitoraggio e verifica;
- Rotazione straordinaria (Delibera ANAC 215/2019) anticipa alla fase di avvio del procedimento penale per condotte di natura corruttiva la conseguenza consistente nel trasferimento ad altro ufficio (L. 97/2011). La rotazione straordinaria va disposta con provvedimento adeguatamente motivando tenendo conto dell'elenco dei reati previsti dall'articolo7 della L. 69/2015 per fatti di corruzione. L'istituto si applica nel momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p.. ;

Rotazione dei dipendenti di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO

Non è stato possibile applicare la misura della rotazione a tutta la struttura, a causa delle sue piccole dimensioni e della infungibilità di alcune categorie professionali (*es medici).*

Ove, non sia stato possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, sono state adottate altre misure di natura preventiva con effetti analoghi, quali:

- la **maggiore condivisione delle attività fra gli operatori**, evitando così l'isolamento di certe mansioni per favorire la valutazione delle scelte da parte di più soggetti;

- la **maggiore trasparenza "interna"** delle attività, favorendo la compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;

- la "**segregazione delle funzioni":** attribuendo a soggetti diversi i compiti di a) svolgere i compiti relativi alle fasi preliminari, b) adottare la decisione, c) attuare la decisione presa, d) effettuare verifiche.

A tal fine, il Modello 231, il Codice Etico e il Codice di Condotta contengono i principi a cui il personale della CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO si deve attenere nell'ambito delle proprie funzioni.

8.3 FORMAZIONE

La centralità della formazione è affermata sia nella l. 190/2012 (art. 1, co. 5, lett. b); co. 9, lett. b); co. 11), che nella UNI ISO 37001:2016.

Al fine di perseguire l'obiettivo di una migliore qualità delle misure di prevenzione e di assicurare che tutto il personale comprenda l'importanza della prevenzione della corruzione, CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO intende promuovere una formazione mirata, sia relativamente alla individuazione delle categorie di destinatari, sia in relazione ai contenuti.

Sotto il primo profilo la formazione riguarda, con approcci differenziati, tutti i soggetti che partecipano, a vario titolo, alla formazione e attuazione delle misure: RPCT, referenti, organi di indirizzo, titolari di uffici di diretta collaborazione e di incarichi amministrativi di vertice, responsabili degli uffici, dipendenti. La formazione, poi, viene differenziata in rapporto ai diversi contenuti delle funzioni attribuite.

Sotto il secondo profilo, la formazione deve riguardare, anche in modo specialistico, tutte le diverse fasi: l'analisi di contesto, esterno e interno; la mappatura dei processi; l'individuazione e la valutazione del rischio; l'identificazione delle misure; i profili relativi alle diverse tipologie di misure.

Nello specifico, sono previste diverse tipologie di formazione:

1. formazione generale: è diretta a tutto il personale ed ha ad oggetto quanto segue:

- normativa di riferimento (L. 190/2012, d.lgs. 33/2013, d.lgs 39/2013 ecc);
- PTPCT e Codice Etico e di Comportamento;
- reati contro la Pubblica Amministrazione;
- misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza
- interazioni tra la L. 190/2012 e il d.lgs. 231/2001;
- come effettuare le segnalazioni e la tutela del soggetto segnalante.

L'obiettivo è fare in modo che i fruitori la comprendano la materia e sappiano cosa fare se notano una potenziale violazione.

2. formazione specifica: si tratta di una formazione dettagliata, connessa al ruolo ricoperto e, pertanto, oltre a quanto già sopra illustrato, ha ad oggetto:

- rischi di corruzione relativi al ruolo;
- fasi di gestione del rischio;
- misure di prevenzione della corruzione;
- rapporti tra RPCT e ODV;
- rapporti tra RPCT e DPO;
- segnalazioni necessarie in caso di sospetta corruzione.

La formazione è complementare a quella già prevista dal Modello 231 finalizzata a diffondere la conoscenza del Decreto, del Modello e delle regole di condotta.

Viene erogata da personale qualificato e viene ripetuta ogniqualvolta sia necessario, in modo che tutto il personale sia al passo con le politiche e le procedure dell'ente, con qualsiasi sviluppo in relazione al rispettivo ruolo e con qualsiasi modifica legislativa.

8.4 *PANTOUFLAGE*

Contesto normativo

L'art. 1, co. 42, lett. l) della l. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla cd. "incompatibilità successiva" (*pantouflage*), introducendo all'**art. 53 del d.lgs. 165/2001, il comma 16-ter,** ove è disposto 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.

In caso di violazione del divieto di *pantouflage*, la norma prevede **specifiche conseguenze sanzionatorie**, quali:

- la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito;
- la preclusione, per i soggetti privati che hanno conferito l'incarico, della possibilità di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti.

Lo **scopo della norma** è duplice, in quanto, da un lato intende scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che durante il periodo di servizio potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro; dall'altro, il divieto è anche volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

Quanto all'ambito soggettivo di applicazione, è opportuno analizzare cosa si intenda per "dipendente" e per "poteri autoritativi e negoziali".

Il dipendente a cui è rivolto il divieto di *pantouflage* è non solo il **dipendente pubblico con contratto a tempo indeterminato**, ma anche ai soggetti legati alla Pubblica Amministrazione da un **rapporto di lavoro a tempo determinato** o **autonomo**.

Come evidenziato dal PNA 2018 e dal parere dell'Agenas AG/2 del 4 febbraio 2015, infatti, una limitazione del divieto a soli dipendenti con contratto a tempo indeterminato sarebbe in contrasto con la *ratio* della norma, volta ad evitare condizionamenti nell'esercizio delle funzioni pubbliche.

L'art. 21 del d.lgs. 39/2013 ha, inoltre, precisato che ai fini dell'applicazione dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. 165/2001, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i **soggetti titolari di uno degli incarichi** considerati nel medesimo decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico e l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo.

Si è inteso così estendere la sfera dei soggetti assimilabili ai dipendenti pubblici, rafforzando la finalità dell'istituto in argomento quale presidio del rischio corruttivo.

Quanto all'esercizio di **poteri autoritativi e negoziali** dei dipendenti a cui si applica il divieto di *pantouglage*, il PNA 2018 ha precisato che si tratta dei soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente.

L'Autorità ha avuto modo di chiarire che nel novero dei poteri autoritativi e negoziali rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017).

Rientrano pertanto in tale ambito, a titolo esemplificativo, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, ad esempio ai sensi dell'art. 19, co. 6, del d.lgs. 165/2001 o ai sensi dell'art. 110 del d.lgs. 267/2000, coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente (cfr. orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015).

Si ritiene inoltre che il rischio di precostituzione di situazioni lavorative favorevoli possa configurarsi anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria (ad esempio attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori come pareri, perizie e certificazioni che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione).

Per quanto riguarda gli enti di diritto privato in controllo, regolati o finanziati, definiti dal d.lgs. 39/2013, tenendo conto di quanto disposto dall'art. 21 del medesimo decreto, sono certamente sottoposti al divieto di *pantouflage* gli amministratori e i direttori generali, in quanto muniti di poteri gestionali. Non sembra invece consentita una estensione del divieto ai dipendenti, attesa la formulazione letterale del citato art. 21 che fa riferimento solo ai titolari di uno degli incarichi considerati dal d.lgs. 39/2013. Ad analoghe conclusioni si giunge per i dirigenti ordinari. Questi ultimi, infatti, salvo casi particolari, non sono destinatari di autonomi poteri di amministrazione e gestione e, pertanto, sono esclusi dall'applicazione dell'art. 53, c. 16-ter, d.lgs. 165/2001.

Assunzione di ex dipendenti pubblici all'interno di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO

CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO intende adottare le misure necessarie ad evitare l'assunzione di dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni.

Pertanto, CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO prevede che:

a) nelle varie forme di selezione e assunzione del personale sia inserita la clausola ostativa di cui sopra;

b) i soggetti interessati rendano idonea dichiarazione di insussistenza della suddetta condizione ostativa;
c) sia svolta, secondo i criteri definiti, una specifica attività di vigilanza ad opera del RPCT.

8.5 CONFLITTO DI INTERESSI

Contesto normativo

L'art. 1, c. 9, lett. e) della l. 190/2012 prevede 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, "*anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione*".

L'art. 6 del dpr 62/2013 prevede che il dipendente informi per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:

"a) ***se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente*** *abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;*

b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate."

La stessa norma prevede che il dipendente **si astenga** dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di **conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.**

Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, **come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche**, sindacali o dei superiori gerarchici.

L**'obbligo di astensione** è previsto anche da altre due norme: **l'art. 7 del dpr 62/2013 e l'art. 6 bis della l. 241/1990.**

La prima norma prevede che il dipendente debba astenersi sia in caso di "*coinvolgimento di interessi propri o di parenti, affini entro il secondo, coniuge o convivente, oppure di persone con cui abbia una frequentazione abituale*", sia in ogni altro caso in cui esistano "*gravi ragioni di convenienza*".

La seconda norma prevede, in caso di conflitto di interessi, l'obbligo di astenersi - segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale - in capo al responsabile del procedimento e ai titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale.

Lo standard internazionale **ISO 37001** raccomanda all'organizzazione di identificare e valutare il rischio di conflitti di interessi interni o esterni. A tal fine, "*l'organizzazione dovrebbe informare in modo chiaro tutto il personale del loro dovere di riferire qualsiasi conflitto di interessi effettivo o potenziale, come i legami familiari ed economici, che siano direttamente o indirettamente legati alla loro linea di lavoro.*"

La **deliberazione Anac n. 358/2017** analizza in un'accezione ampia la tematica riguardante il **conflitto di interessi**, intendendolo come **ogni situazione nella quale un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice di Comportamento interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi doveri pubblici.**

Il conflitto, in particolare, può essere:

a. attuale, ovvero presente al momento dell'azione o decisione del soggetto;

b. potenziale, ovvero che potrà diventare attuale in un momento successivo;

c. apparente, ovvero che può essere percepito dall'esterno come tale;

d. diretto, ovvero che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto;

e. indiretto, ovvero che attiene a entità o individui diversi dal soggetto tenuto al rispetto del Codice ma allo stesso collegati.

Pertanto, la società deve impegnarsi a:

- **prevenire** ogni situazione che possa creare un conflitto di interessi, per esempio astenendosi dal prendere decisioni o svolgere attività in situazioni di conflitto di interessi;
- **valutare** la sussistenza di condizioni che possono dare luogo al verificarsi di un possibile conflitto di interessi, come - a titolo esemplificativo - quelle che seguono:

1. l'afferenza dell'attività proposta/da svolgere o della relazione con l'attività della società per la quale si lavora;
2. l'interferenza dell'attività proposta/da svolgere o della relazione con il ruolo assunto nell'ambito della società di appartenenza, con l'orario di lavoro e con le risorse della società;
3. l'esistenza di un interesse personale che confligge o può confliggere o può essere percepito dagli altri in conflitto con il proprio dovere;
4. l'esistenza di vantaggi personali che possono mettere in dubbio l'obiettività del soggetto che opera per conto della struttura;
5. l'esistenza di una percezione negativa relativamente al coinvolgimento del soggetto in una determinata decisione/azione/associazione;
6. l'esistenza di rischi per la reputazione del soggetto o della società;
7. l'esistenza di conseguenze negative per il soggetto o per la società nel caso in cui il primo ignori il conflitto di interesse.

- **gestire** le situazioni di conflitto di interessi, comunicando tempestivamente al RPCT ogni situazione di conflitto di interessi, così da permettere alla società di evitare il manifestarsi del conflitto e/o di risolverlo.

Misura di disciplina del conflitto di interesse: obblighi di comunicazione e di astensione nei confronti di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO

I rappresentanti legali, soci, dipendenti e collaboratori della società devono dichiarare:

- se hanno **parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente** che esercitano **attività politiche** che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio in cui i primi operano/(se solo dirigenti) che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio;
- se hanno **parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente** che siano **dirigenti pubblici.**

Inoltre i predetti soggetti dovranno dichiarare se:

- nei 5 anni precedenti, sono stati **candidati in elezioni europee, nazionali, regionali, locali in collegi elettorali che comprendono il territorio della ASP**;
- nei 2 anni precedenti, sono stati **Presidente del Consiglio, Ministri, Viceministri, sottosegretari del ministero della salute o in altra amministrazione dello stato o di ent**e che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del SSN;
- nell'anno precedente sono stati **Parlamentari**;

- nei 3 anni precedenti, sono stati **componenti della giunta/consiglio della regione interessata** o amministratori di ente con funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del SSR;
- nei 2 anni precedenti, abbiano fatto parte della **giunta/consiglio di una provincia/comune** il cui territorio è compreso nel territorio della ASP.

La **procedura per la comunicazione e gestione del conflitto di interessi** prevede il rilascio - da parte di rappresentanti legali, soci, dipendenti e collaboratori della società - della dichiarazione in materia di conflitto di interesse in tre casi:

a) in sede di prima applicazione;
b) al momento dell'assunzione;
c) ogni anno e ogniqualvolta le sue condizioni personali si modifichino in modo tale da configurare un'ipotesi di conflitto; in tal caso, la comunicazione deve avvenire tempestivamente e comunque non oltre dieci giorni dal momento in cui il conflitto si è manifestato o in cui la variazione delle condizioni si sia verificata.

Successivamente, il RPCT esamina le circostanze e, dopo aver valutato l'esistenza o meno del conflitto di interessi, assume, motivandola, una delle seguenti determinazioni:

a) richiesta di astensione dell'interessato dall'incarico;
b) permanenza dello stesso nell'incarico.

Nel caso di cui alla lett. a), il RPCT provvede a rappresentare al vertice aziendale l'esistenza del conflitto di interessi e a proporre l'affidamento dell'interessato ad altro incarico o il suo trasferimento ad altro ufficio.

Con riguardo ai conflitti di interesse come sopra espressi, si rimanda a quanto previsto nel Modello 231 in tema di procedura Assunzione e Gestione Risorse Umane ed in particolare alla verifica di tutti i casi di inconferibilità e/o incompatibilità dei possibili candidati (si rimanda a quanto stabilito anche nel PNA 2025 ovvero alla all'allegato 1 del predetto piano denominato pna 2025 schemi esplicativi per una corretta applicazione delle disposizioni di cui al D. Lgs. 39/2013) a ricoprire il ruolo in azienda e/o al permanere dei requisiti riguardo al personale già assunto.

Con riguardo a tutte le aree a rischio corruzione e quindi alle funzioni aziendali che possono agire in contrasto con gli interessi aziendali (Responsabile Acquisti, Responsabile Contratti verso la PA, Direttore Tecnico ecc…) si rimanda a quanto previsto nel Modello 231 con specifico riguardo al contenuto del Codice Etico e del Codice di Condotta ed a quanto previsto in merito a omaggi e regalie.

In particolare vige il **divieto di accettare**, per sé o per altri, **regali o altre utilità**, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia e delle consuetudini internazionali.

In ogni caso, indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, è fatto **divieto di chiedere,** per sé o per altri, **regali o altre utilità**, neanche di modico valore a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto del proprio ufficio, da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti all'ufficio.

Come previsto dall'art. 4 del dpr 62/2013, per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelle di valore non superiore, in via orientativa, a 150 euro, anche sotto forma di sconto.

Chi ha ricevuto regali fuori dai casi consentiti, deve immediatamente comunicarlo al RPCT e mettere gli stessi a disposizione della società per la loro restituzione.

8.6 TUTELA DEL SEGNALATE (*Whistleblowing*)

Contesto normativo

L'introduzione nell'ordinamento nazionale di un'adeguata tutela del dipendente (pubblico e privato) che segnala condotte illecite dall'interno dell'ambiente di lavoro è prevista in convenzioni internazionali (ONU, OCSE, Consiglio d'Europa) ratificate dall'Italia, oltre che in raccomandazioni dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, talvolta in modo vincolante, altre volte sotto forma di invito ad adempiere.

La **l. 190/2012** ha recepito tali sollecitazioni, sia pure limitatamente all'ambito della pubblica amministrazione, con la disposizione dell'art. 1, c. 51, che introduce **l'art. 54-bis** nel **d.lgs. 165/2001**, definendo il whistleblower come il dipendente pubblico che intende segnalare illeciti di interesse generale e non di interesse individuale, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro e prevedendo al comma 1 che: "*Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.*"

Il **PNA 2013** riconduce espressamente la tutela del dipendente che segnala condotte illecite tra le azioni e le misure generali finalizzate alla prevenzione della corruzione, in particolare fra quelle obbligatorie in quanto disciplinate direttamente dalla legge che, quindi, le amministrazioni pubbliche devono porre in essere ed attuare. Nello specifico, il Piano prevede che le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, c. 2, del d.lgs. 165/2001 siano tenute ad adottare i necessari accorgimenti tecnici per dare attuazione alla tutela del dipendente che effettua le segnalazioni di cui all'art. 54-bis del predetto decreto. L'adozione delle iniziative necessarie deve essere prevista nell'ambito del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) come intervento da realizzare con tempestività.

La tutela del segnalante è stata pure oggetto della **deliberazione ANAC n. 6/2015** "*Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)*" e dell'ultima **deliberazione ANAC n. 469 del 9 giugno 2021** recante "*Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irrvgolarità di cui siano venuti a conoscenzaq in ragione di un rapporo di lavoro (c.d. whistleblowing)*", con cui l'Autorità ha fornito indicazioni in ordine alle procedure per la gestione delle segnalazioni e alle misure che le pubbliche amministrazioni devono attuare per tutelare la riservatezza dell'identità dei dipendenti che segnalano condotte illecite.

In ambito internazionale, oltre alle convenzioni sopra citate, la necessità di favorire le segnalazioni in buona fede di atti di corruzione tentati o effettivi e di proteggere il segnalante vietando ritorsioni nei suoi confronti è stata disciplinata dalle linee guida **ISO 37001:2016**.

Con la **l. 179/2017**, è stata prevista la tutela del segnalante nei confronti del dipendente o collaboratore del settore privato, introducendo all'**art. 6 del d.lgs. 231/2001** dopo il c. 2, i seguenti:

«2-bis. I modelli di cui alla lettera a) del comma 1 prevedono:
a) uno o più canali che consentano ai soggetti indicati nell'articolo 5, comma 1, lettere a) e b), di presentare, a tutela dell'integrità dell'ente, segnalazioni circostanziate di condotte illecite, rilevanti ai sensi del presente decreto e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti, o di violazioni del modello di organizzazione e gestione dell'ente, di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte; tali canali garantiscono la riservatezza dell'identità del segnalante nelle attività di gestione della segnalazione;
b) almeno un canale alternativo di segnalazione idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza dell'identità del segnalante;
c) il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione;
d) nel sistema disciplinare adottato ai sensi del comma 2, lettera e), sanzioni nei confronti di chi viola le misure di tutela del segnalante, nonché di chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni che si rivelano infondate.
2-ter. L'adozione di misure discriminatorie nei confronti dei soggetti che effettuano le segnalazioni di cui al comma 2-bis può essere denunciata all'Ispettorato nazionale del lavoro, per i provvedimenti di propria competenza, oltre che dal segnalante, anche dall'organizzazione sindacale indicata dal medesimo.
2-quater. Il licenziamento ritorsivo o discriminatorio del soggetto segnalante è nullo. Sono altresì nulli il mutamento di mansioni ai sensi dell'articolo 2103 del codice civile, nonché qualsiasi altra misura ritorsiva o discriminatoria adottata nei confronti del segnalante. E' onere del datore di lavoro, in caso di controversie legate all'irrogazione di sanzioni disciplinari, o a demansionamenti, licenziamenti, trasferimenti, o sottoposizione del segnalante ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro, successivi alla presentazione della segnalazione, dimostrare che tali misure sono fondate su ragioni estranee alla segnalazione stessa.».

La suindicata normativa è stata modificata dal **Decreto Legislativo n. 24 del 10 Marzo 2023**, pubblicato in GU il 15 Marzo 2023, "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali".

In particolare il decreto, all'art. 23, dispone l'abrogazione dell'art. 3 della L. n. 179/2017, e dei commi 2-ter e 2-quater dell'art. 6 del D.lgs n. 231/2001, nonché la modifica dell'art. 6 comma 2-bis del D.lgs n. 231/2001, fissando la data per l'entrata in vigore al 15 Luglio 2023.

Il novellato comma 2- bis art. 6 del D.lgs n.231/2001 così recita:

"2-bis. I modelli di cui al comma 1, lettera a), prevedono, ai sensi del decreto legislativo attuativo della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, i canali di segnalazione interna, il divieto di ritorsione e il sistema disciplinare, adottato ai sensi del comma 2, lettera e)."

La tutela del segnalante in CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO è tattata ampiamente nel Modello di Organizzazione, gestione e controllo ex D. Lgs. 231/01 a cui si rimanda integralmente.

9. MISURE ULTERIORI

9.1 MISURE DI PREVENZIONE GENERALI TRASVERSALI

Informatizzazione dei processi

L'informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto della prevenzione particolarmente efficace riducendo, da un lato, i margini di interventi discrezionali" e agevolando, dall'altro, sistemi di gestione e controllo dell'attività amministrativa. L'informatizzazione dei processi infatti consente la tracciabilità dell'intero processo amministrativo, agevolando il controllo dell'attività ed evidenziandone, per ciascuna fase, le connesse responsabilità ed i momenti di maggior criticità.

In questo quadro è volontà di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO perseguire obiettivi di informatizzazione dei processi.

Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti e loro riutilizzo

Alla luce delle previsioni del Codice dell'Amministrazione digitale (D.Lgs. 82/2005) CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO sta progressivamente adeguando la propria gestione dei dati affinché essi siano formati, raccolti, conservati, resi disponibili e accessibili con l'uso di tecnologie dell'informazione e della comunicazione che consentano la fruizione e riutilizzazione, alle condizioni fissate dall'ordinamento e nel rispetto dei limiti alla conoscibilità dei dati previsti dalle leggi e dai regolamenti, da parte di altre pubbliche amministrazioni e privati.

9.2 MISURE DI PREVENZIONE ULTERIORI

Controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio

Tra le misure di prevenzione adottate si evidenzia l'intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46 e 49 del DPR n. 445/2000 (artt. 71 e 72 del DPR 445/2000) e la razionalizzazione organizzativa dei controlli sopra citati.

Introduzione di misure operative standardizzate

Tra le misure che CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO sta implementando vi è l'introduzione di misure operative standardizzate attraverso l'utilizzo di modelli adeguatamente aggiornati rispetto alla normativa vigente ad alle norme di autoregolamentazione aziendali.

Obblighi formativi e informativi ulteriori

Una delle ragioni che possono determinare l'insorgere di fenomeni di tipo corruttivo viene attribuita all'assenza di competenza. I processi nelle aree a rischio richiedono infatti specifiche professionalità a cui si sommano anche specifiche competenze nei settori di intervento, non sempre riscontrabili nei soggetti coinvolti. Anche il controllo sulle procedure adottate in azienda, inteso ancora come attività ispettiva e non come attività di supporto e di indirizzo della gestione, rischia di risolversi nella verifica del solo rispetto formale, non sufficiente a rilevare fenomeni di corruzione o non integrità.

Per ovviare a questi rischi CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO ritiene fondamentale introdurre strumenti per il afforzamento dell'attività formativa e informativa per i dipendenti che operano nei settori a maggior rischio.

Tale fabbisogno formativo ha come destinatari il RPCT, i Referenti per la Prevenzione della Corruzione, i Responsabili di area e gli Operatori nelle aree a maggior rischio individuati dai rispettivi Responsabili. I Responsabili dei Servizi garantiscono che ai nuovi assunti sia garantito l'affiancamento con personale esperto interno.

Principi generali di comportamento

Il presente Piano mira a prevenire e contrastare eventuali fenomeni corruttivi astrattamente configurabili, promuovendo la costante osservanza, da parte dell'intero personale della Società, dei principi etici fondamentali dell'agire umano, quali: legalità, trasparenza, correttezza e responsabilità.

Tutti i destinatari del Piano di prevenzione della corruzione adottano regole di condotta conformi alla legge, alle disposizioni contenute nel presente documento ed ai principi contenuti nel Codice Etico e di Comportamento, al fine di prevenire il verificarsi delle condotte illecite previste dal sistema anticorruzione.

10. IMPLEMENTAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PTPCT, FLUSSI INFORMATIVI

Come previsto dal PNA, il PTPCT deve individuare il sistema di monitoraggio sull'implementazione delle misure.

Pertanto, la società ha definito un sistema di reportistica che consenta al RPCT di monitorare costantemente "l'andamento dei lavori" e di intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti, come segue.

Il RPCT trasmette su base annuale all'organo amministrativo una specifica relazione sull'adeguatezza e sull'osservanza del Piano contenente:

a) le segnalazioni e/o anomalie nel funzionamento del PTPCT,

b) le problematiche inerenti alle modalità di attuazione delle procedure di controllo,

c) gli interventi correttivi e migliorativi pianificati ed il loro stato di realizzazione;

d) le eventuali indagini condotte dagli organi inquirenti nei confronti della società e/o verso i suoi dipendenti e dirigenti.

Il RPCT ha facoltà di acquisire tutta la documentazione e le informazioni necessarie per l'espletamento delle proprie funzioni di vigilanza.

Inoltre, nello svolgimento della propria attività si doterà di un sistema per la verbalizzazione dell'attività svolta e per la sua conseguente archiviazione, in modo da consentire la tracciabilità dei controlli, la verifica immediata dello stato di avanzamento e dimostrare di avere efficacemente attuato, prima del compimento del reato, il Piano, nonché di avere vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso.

Al RPCT, per quanto di sua competenza, si estendono gli stessi ed autonomi poteri di iniziativa e controllo previsti nel Modello 231 per l'Organismo di Vigilanza.

Il RPCT può partecipare alle sedute dell'Organismo di Vigilanza e svolgere i controlli e le attività di sua competenza di concerto con detto organo di controllo, ferme restando le sue esclusive responsabilità discendenti dalla l.190/2012.

Pertanto, gli obblighi di informazione previsti verso l'Organismo di Vigilanza si estendono a favore del RPCT.

L'Organismo di Vigilanza e il RPCT devono tra loro coordinarsi, trasmettendosi reciprocamente i verbali degli audit e delle attività svolte e favorendo ogni momento d'incontro utile allo scambio di documenti ed informazioni acquisite.

Sarà inoltre cura del Responsabile, una volta entrato a regime il sistema anticorruzione della società, identificare specifici flussi informativi adatti a monitorare in maniera efficace i fenomeni oggetto del Piano che dovranno pervenirgli, nei modi e termini dallo stesso stabiliti, da tutte le aree dell'Ente esposte ad elevato rischio corruttivo.

Quanto all'aggiornamento del PTPCT, esso deve essere effettuato ogni anno (art. 1, comma 8, l. n. 190) da parte dell'organo di indirizzo su proposta del RPCT, tenendo conto dei seguenti fattori:

-normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;

-normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'amministrazione (es.: acquisizione di nuove competenze);

-emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del PTPCT;

-nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA;

-violazioni delle prescrizioni del PTPCT;

-mutamenti dell'organizzazione o nell'attività della società.

L'Autorità ha già avuto modo di evidenziare che, anche se la prospettiva temporale del Piano è di durata triennale, il comma 8 è chiaro nello specificare che ogni anno deve essere adottato un nuovo PTPC (e non un mero aggiornamento con rinvii e/o soppressioni ed integrazioni di paragrafi, con conseguenti difficoltà di coordinamento tra le diverse disposizioni e di comprensione del testo).

L'aggiornamento segue la stessa procedura seguita per la prima adozione del PTPCT.

11. OBBLIGHI DI TRASPARENZA AI SENSI DEL D.LGS. 33/2013

Contesto normativo

Il d.lgs. 33/2013 disciplina la libertà di accesso di chiunque ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni e dagli altri soggetti di cui all'articolo 2-bis, garantita, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tramite l'accesso civico e tramite la pubblicazione di documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la loro realizzazione

Il d.lgs. 97/2016 ha introdotto nel d.lgs. 33/2013 alcune novità: ha affiancato, quale strumento di trasparenza, il nuovo accesso generalizzato agli obblighi di pubblicazione già disciplinati dal d.lgs. 33/2013 e ha considerato nell'ambito soggettivo di applicazione anche enti interamente di diritto privato purché con una significativa soglia dimensionale data dall'entità del bilancio non inferiore ai cinquecentomila euro.

Con riferimento alla seconda novità, il nuovo **art. 2 bis** del **d.lgs. 33/2013** disciplina l' "*Ambito soggettivo di applicazione*" delle disposizioni dell'intero decreto, tanto quelle relative all'accesso civico generalizzato, quanto quelle relative agli obblighi di pubblicazione, individuando tre macro categorie di soggetti:

a) comma 1: le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del d.lgs. 165/2001;

b) comma 2: altri soggetti tra cui enti pubblici economici, agli ordini professionali, società in controllo pubblico, associazioni, alle fondazioni e agli enti di diritto privato comunque denominati, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro, la cui attività sia finanziata in modo maggioritario per almeno due esercizi finanziari consecutivi nell'ultimo triennio da pubbliche amministrazioni e in cui la totalità dei titolari o dei componenti dell'organo d'amministrazione o di indirizzo sia designata da pubbliche amministrazioni;

c) **comma 3**: altre società a partecipazione pubblica e associazioni, fondazioni e enti di diritto privato, *"anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro, che esercitano funzioni amministrative, attività di produzione di beni e servizi a favore delle amministrazioni pubbliche o di gestione di servizi pubblici*", a cui si applica la disciplina "*in quanto compatibile, limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all'attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o dell'Unione europea"*

Corretta individuazione di "Associazioni, fondazioni e altri enti di diritto privato"

Il comma 3 dell'art. 2 bis, d.lgs. 33/2013 fa riferimento nel primo periodo alle società partecipate, e nel secondo periodo alle associazioni, alle fondazioni, ed enti di diritto privato "con bilancio superiore a cinquecentomila euro, che esercitano funzioni amministrative, attività di produzione di beni e servizi a favore delle amministrazioni pubbliche o di gestione di servizi pubblici".

L'attuale riformulazione del comma 3 dell'art. 2 bis, d.lgs. 33/2013 ha posto dubbi interpretativi sulla corretta individuazione degli enti di diritto privato a cui si applicano le disposizioni sulla trasparenza.

Nelle Linee guida n. 1134/2017, pertanto, l'ANAC - anche in considerazione del parere del Consiglio di Stato, Commissione Speciale, n. 1257/2017 - ha chiarito che, per la corretta individuazione degli enti di diritto privato diversi dalle società, ciò che assume rilevanza è lo svolgimento (sulla base di atti di specifico affidamento) di attività di pubblico interesse (funzioni amministrative, attività di produzione di beni e servizi a favore delle amministrazioni pubbliche o di gestione di servizi pubblici) da parte di soggetti con un bilancio superiore a 500 mila euro, senza considerare la partecipazione di soggetti pubblici nella struttura organizzativa o nel capitale.

Ad avviso dell'Autorità, infatti, mentre nel primo periodo del comma 3 il legislatore fa esplicito riferimento a società "partecipate", nel secondo periodo il requisito della partecipazione di pubbliche amministrazioni in questi soggetti non viene ripetuto.

E', quindi, l'attività di rilievo pubblicistico svolta che attrae nell'alveo dell'applicazione della normativa sulla trasparenza soggetti interamente privati, purché di dimensioni economiche significative.

Interpretazione del criterio della compatibilità

Il comma 3 prevede l'applicazione della disciplina prevista per le pubbliche amministrazioni di cui al comma 1 agli enti di diritto privato "*in quanto compatibile"* e limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all'attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

La disposizione impone, quindi, un vaglio di compatibilità delle disposizioni contenute nel decreto in relazione alla tipologia degli enti, tenendo nella dovuta considerazione i tratti distintivi che ne caratterizzano la struttura.

Ad avviso dell'Autorità, tale compatibilità non deve essere esaminata caso per caso ma va valutata in relazione alle diverse categorie, anche alla luce del potere di precisazione degli obblighi di pubblicazione attribuito all'Autorità, ai sensi del d.lgs. 33/2013, art. 3, co. 11-ter.

In particolare, con riferimento agli enti di diritto privato di cui al comma 3, secondo periodo dell'art. 2-bis, si ritiene che la compatibilità vada valutata in relazione alla tipologia delle attività svolte, occorrendo distinguere i casi di attività sicuramente di pubblico interesse e i casi in cui le attività dell'ente siano esercitate in concorrenza con altri operatori economici, o ancora i casi di attività svolte in regime di privativa. Occorre, infine, avere riguardo al regime normativo già applicabile alle diverse tipologie di enti in base ad altre fonti normative, allo scopo di evitare la duplicazione degli adempimenti e di garantire un coordinamento con gli obblighi di prevenzione.

Oneri di trasparenza degli enti di diritto privato ex comma 3, art. 2 bis, d.lgs. 33/2013

La trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità.

In virtù del comma 3, art. 2 bis, d.lgs. 33/2013, agli enti di diritto privato si applicano le medesime disposizioni previste per le pubbliche amministrazioni, in quanto compatibili, limitatamente "*all'attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o dell'Unione Europea*".
Mentre le società in controllo pubblico (disciplinate dall'art. 2 bis, comma 2, lett. b) d.lgs. 33/2013) sono tenute alla trasparenza tanto relativamente alla loro organizzazione, quanto relativamente al complesso delle attività svolte, invece gli enti di diritto privato non in controllo pubblico di cui al comma 3 sono tenuti alla trasparenza solo relativamente alle attività di pubblico interesse svolte.

Pertanto, per questi ultimi gli oneri di trasparenza comprendono:
- la pubblicazione sui siti web dei dati e documenti soggetti a pubblicazione obbligatoria;
- e l'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato nei confronti delle attività di pubblico interesse, con riferimento agli atti e dati e documenti che non siano già pubblicati sul sito della società in virtù del punto precedente e che siano relativi alle sole attività di pubblico interesse svolte.

Oneri di trasparenza di CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO

Con riferimento agli oneri in tema di trasparenza a cui è tenuta ai sensi del d.lgs 33/2013, la CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO assicura il rispetto degli obblighi di pubblicazione attraverso la collocazione sul proprio sito web istituzionale con i dati e documenti previsti dalla normativa; assicura altresì il rispetto del diritto di accesso civico ai dati e documenti relativi alle attività di pubblico interesse svolte.

A seguito delle modifiche all'art. 10 del d.lgs. 33/2013 apportate dal d.lgs. 97/2016 (che hanno disposto la confluenza dei contenuti del PTTI all'interno del PTPCT), la società individua,

con specifico ordine di servizio, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del d.lgs. 33/2013.

12. TRASPARENZA E *DATA PROTECTION*

Con l'applicazione dal 25 maggio 2018 del Regolamento (UE) 2016/679 «*relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati*)» (di seguito GDPR) e l'entrata in vigore, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lgs. 196/2003 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, sono stati formulati quesiti all'ANAC volti a chiarire la compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013.

Occorre evidenziare, al riguardo, che l'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento». Inoltre il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1».

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, **rimasto** sostanzialmente **inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento.**

Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, d.lgs. 33/2013), **occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti** (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) **contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.**

Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure

ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, comma 4, dispone inoltre che **nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione**. Si richiama anche quanto previsto all'art. 6 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Qualità delle informazioni" che risponde alla esigenza di assicurare esattezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza dei dati pubblicati.

In ogni caso ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD (*Data Protection Officer - DPO*) svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del RGPD).

13. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza perseguiti da CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE S. GAETANO mirano a garantire:

• la massima trasparenza della propria azione organizzativa e lo sviluppo della cultura della legalità e dell' integrità del proprio personale;

• un adeguato livello di trasparenza nell'accezione di accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sul proprio sito istituzionale, delle informazioni concernenti ogni

aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali e dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità;

• Il miglioramento della qualità complessiva del sito istituzionale, con particolare riferimento ai profili dell'accessibilità e riutilizzo dei dati pubblicati.