

**Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
2026/2028**



**Piano Triennale di
Prevenzione della Corruzione
e della
Trasparenza**

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

Sommario

PREMESSA	3
METODOLOGIA USATA: SOGGETTI COINVOLTI NELL' ATTUAZIONE DEL PIANO	4
Responsabile della Prevenzione della Corruzione	5
❖ Gruppo operativo (.....	6
❖ Dirigenti e Referenti per la prevenzione della corruzione.....	6
Organismo Indipendente di Valutazione –OIV.....	7
Dipendenti dell’Azienda, personale universitario in afferenza, collaboratori a qualsiasi titolo (inclusi eventuali collaboratori a tempo determinato, collaboratori esterni e studenti universitari che frequentano gli ambienti aziendali):	8
CONTESTO ESTERNO	8
STAKEHOLDERS.....	10
CONTESTO INTERNO- La mappatura dei processi successiva all’adozione del nuovo Atto Aziendale ..	11
ESECUZIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI	13
MAPPATURA DEI PROCESSI, VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO E ADOZIONE PROTOCOLLI AZIENDALI	16
FORMAZIONE IN TEMA DI ANTICORRUZIONE	18
L’INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI.....	19
FARMACIA	20
INTEGRAZIONE INFORMATIZZATA UU.OO./ MAGAZZINO FARMACIA	20
TRASPARENZA	21
IL WHISTLEBLOWING.....	23
MONITORAGGIO.....	25
ROTAZIONE ORDINARIA DEI DIPENDENTI	26
MISURE ALTERNATIVE IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ DI ROTAZIONE	27
ROTAZIONE STRAORDINARIA A SEGUITO DI AVVIO DI PROCEDIMENTO DISCIPLINARE.....	28
CONFLITTO DI INTERESSI	29
CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO.....	30
INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ	30
INCOMPATIBILITÀ DA CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A. (ART. 35 BIS DEL D.LGS165/01)	31
ULTERIORI MISURE:	31
CLAUSOLA DI PANTOUFLAGE PER APPALTI DI SERVIZI, FORNITURE E LAVORI.....	32
STUDI CLINICI.....	32
AGGIORNAMENTO DEL PTPCT	33

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

PREMESSA

L'aggiornamento al Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT), redatto ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1, co. 8, della Legge n. 190 del 6 novembre 2012, in continuità con il precedente e in coerenza con gli Obiettivi strategici, in tema di trasparenza e anticorruzione adottati dalla Direzione Strategica, individua, per il prossimo triennio le misure ulteriori e specifiche, in relazione anche alla puntuale mappatura dei processi che questo RPCT ha svolto e continuerà ad eseguire, in uno con il monitoraggio della congruità delle indicazioni di misure generiche e specifiche finalizzate a prevenire e reprimere il fenomeno della corruzione e dell'illegalità nell'ambito delle attività istituzionali dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza.

Il presente Piano triennale è stato aggiornato tenendo in considerazione i suggerimenti metodologici dell'ANAC¹.

Il presente Piano, si inserisce in un contesto di riforme e riorganizzazione degli Uffici aziendali² mantenendo, tuttavia, la continuità con quanto già realizzato nel corso degli anni: informatizzazione dei processi, tracciabilità e identificazione certa dei DEC e dei RUP, rotazione di direttori e funzionari, segregazione delle funzioni, adozione di procedure e regolamenti di processi e attività, coinvolgimento della rete dei Dirigenti e dei Referenti anticorruzione e trasparenza, mappatura dei processi e audit di monitoraggio e controllo delle aree a maggior rischio, aggiornamento del Codice di comportamento, formazione specifica.

Altre misure organizzative direttamente connesse all'attività di prevenzione del rischio corruttivo, quali ad esempio l'Ufficio centralizzato di liquidazione fatture, sono state programmate ma non sono ancora avviate in virtù della riorganizzazione in corso.

Il presente Piano, ha carattere "dinamico" ed è pertanto suscettibile di modificazioni e adeguamenti, anche prima del termine annuale, in relazione all'evoluzione dell'organizzazione aziendale e alle esigenze connesse alle modifiche che potrebbero

¹ Allegato n. 1) PNA 2022

² V. delibera n. 101 del 05/06/2025 di approvazione dell'Atto Aziendale dell'AO di CS approvato con DCA della Regione Calabria n. 258 del 25/06/2025

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

rendersi necessarie in funzione della prosecuzione dell'attività di mappatura dei processi e dell'eventuale opportunità di introdurre misure specifiche di contenimento del rischio corruttivo e trasparenza dell'attività ed in funzione della opportunità di mettere in atto piani d'azione che consentano di colmare carenze o rimediare a criticità nei sistemi di gestione di nuovi rischi.

METODOLOGIA USATA: SOGGETTI COINVOLTI NELL' ATTUAZIONE DEL PIANO

L'aggiornamento del Piano è stato elaborato con la partecipazione dei soggetti direttamente coinvolti nei processi ed è stato condiviso con la Direzione Strategica, i Direttori/Dirigenti delle UU.OO.CC e l'OIV.

Nello specifico si è deciso di adottare un approccio che garantisca la continuità con le attività già poste in essere in tema di corruzione e trasparenza e si è tenuto conto dei principi metodologici suggeriti da ANAC, ovvero:

I. **Prevalenza della sostanza sulla forma:** i processi e le misure non devono essere attuate in modo formalistico, secondo una logica di mero adempimento, ma devono essere progettati e realizzati in modo sostanziale, ossia calibrato sulle specificità del contesto esterno ed interno dell'amministrazione.

II. **Gradualità:** le fasi di gestione del rischio, possono essere sviluppate con gradualità, ossia seguendo un approccio che consenta di migliorare progressivamente e continuativamente l'entità e/o la profondità dell'analisi del contesto, la valutazione e il trattamento dei rischi³.

III. **Selettività:** si è proceduto ad individuare le priorità di intervento, mappando, ad esempio quei processi che ANAC identifica come segmenti di attività ad elevato o alto rischio corruttivo, individuando, ove necessari, interventi specifici e puntuali volti a contenere gli elementi esposti a rischio e valutando al contempo la reale necessità di specificare nuove misure, qualora quelle esistenti abbiano già dimostrato un'adeguata efficacia.

IV. **Integrazione:** la gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi decisionali e, in particolare, dei processi di programmazione, controllo e valutazione. Obiettivo prossimo è quello di integrare, con momenti di confronto e condivisione diffusi il

³ Nello specifico, si è provveduto nel corso del 2025 alla mappatura dei rischi corruttivi, elaborando altresì specifici protocolli espressamente adottati dall'Ao di Cosenza, nelle seguenti aree: Assunzione del personale a tempo determinato, gestione gare sopra soglia, rilevazione presenze, concessione benefici di legge.

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance, promuovendo l'effettiva partecipazione delle strutture e degli individui alle varie fasi del processo di gestione del rischio, nonché del grado di collaborazione con il RPCT.

V. **Miglioramento e apprendimento continuo:** la gestione del rischio va intesa, nel suo complesso, come un processo di miglioramento continuo basato sui processi di apprendimento generati attraverso il monitoraggio e la valutazione dell'effettiva attuazione ed efficacia delle misure e il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di prevenzione.

La disamina approfondita degli input e degli output, dei segmenti attraverso i quali si declina l'intero processo, dei responsabili e dei promotori è avvenuta con i soggetti direttamente coinvolti nel processo – direttori/dirigenti o funzionari/responsabili di procedimento – e oltre ad analizzare i singoli passaggi e ad evidenziare le eventuali c.d. “zone grigie” ovvero le attività che potrebbero prestarsi a un rischio corruttivo, si è provveduto ad individuare le misure di contenimento del medesimo rischio, indicandone modalità e termini per l'adozione specifica.

Gli obiettivi di anticorruzione e trasparenza che ci si prefigge di raggiungere richiedono, proprio per la complessità di articolazione, la variegata geografia organizzativa di questa Azienda e in relazione alla propria *mission* e alle peculiarità tipiche del settore sanitario, la partecipazione corale di tutte le componenti. La gestione del rischio corruttivo, come ha più volte chiarito ANAC non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura organizzativa. Obiettivo dell'attività del RPCT è quella di sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate⁴.

Il Piano coinvolge attivamente i seguenti soggetti

❖ **Responsabile della Prevenzione della Corruzione**

Nominato con delibera n. 259/2024 svolge i seguenti compiti:

- ⊕ formula annualmente la proposta di “Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza” da adottarsi, da parte dell'organo di indirizzo, entro il 31 gennaio di ogni anno (art 1 comma 8);
- ⊕ verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art 1 comma 8);

⁴ A tal proposito si è proceduto a sensibilizzare il personale attraverso sezioni formative grazie agli strumenti in dotazione all'azienda (Portale Syllabus)

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

- segnala all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le “disfunzioni” inerenti all’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza e indica agli uffici competenti l’esercizio dell’azione disciplinare e i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art 1 comma 7);
- propone modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni delle prescrizioni o di mutamenti dell’organizzazione (art. 1 comma 10 lett a);
- verifica, 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 (art. 1 comma 10 lett. b)
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell’eticae della legalità (art 1 comma 10 lett. c);
- redige la relazione annuale recante i risultati dell’attività svolta (art 1 comma 14);
- cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell’amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione ad ANAC dei risultati del monitoraggio (art. 15, comma 3, D.P.R. n. 62/2013).

❖ Gruppo operativo (Del. n. 259/2024)

Composto da quattro unità in forza all’Azienda, supporta il RPCT nella sua attività operativa; collabora con i Dirigenti ed i referenti per la prevenzione della corruzione; contribuisce alla stesura del Piano; monitora la sezione trasparenza, affianca il Responsabile nell’attività di verifica, monitoraggio e sensibilizzazione.

❖ Dirigenti e Referenti per la prevenzione della corruzione

I Dirigenti nonché i referenti⁵ dagli stessi individuati sono il riferimento del RPCT

⁵ nominati con Delibera n. 8 del 14/01/2025

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

nelle varie UU.OO, forniscono gli elementi necessari per l'adozione e l'aggiornamento del Piano e del programma per la Trasparenza e comunicano al RPCT fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'amministrazione, ovvero segnalazioni ricevute circa il mancato adempimento degli obblighi di trasparenza, assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;

❖ Organismo Indipendente di Valutazione – OIV

In ossequio alla normativa in vigore, D.lgs. 33/2013 e D.lgs. 97/2016 che rafforza e identifica maggiormente ruolo e funzioni dell’OIV, questo RPCT intende promuovere azioni di coordinamento e maggiore comunicazione con l’OIV⁶, al fine di rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni ed della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

L’Organismo svolge i seguenti compiti:

- Favorisce l’integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- Verifica sulla base della griglia redatta da ANAC, l’assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dell’amministrazione. L’organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste nelle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile;
- verifica che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all’anticorruzione e alla trasparenza;
- offre supporto metodologico al RPCT e agli altri attori;
- verifica, in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, i contenuti della relazione predisposta annualmente dal RPCT recante i risultati dell’attività svolta che il Responsabile trasmette allo stesso OIV oltre che all’organo di indirizzo dell’amministrazione;

⁶ Nominato con Deliberazione n. 124 del 24/06/2025

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

- ✚ esprime un parere obbligatorio su specifiche misure di prevenzione della corruzione e il codice di comportamento;
- ✚ coopera con il RPCT alla verifica, su segnalazione di quest'ultimo, dell'attuazione degli obblighi di trasparenza e degli obblighi di pubblicazione;
- ✚ partecipa al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte; attesta l'assolvimento degli obblighi sulla trasparenza;
- ✚ assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice e il sistema di misurazione e valutazione della performance;
- ✚ verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

◆ Dipendenti dell'Azienda, personale universitario in afferenza, collaboratori a qualsiasi titolo (inclusi eventuali collaboratori a tempo determinato, collaboratori esterni e studenti universitari che frequentano gli ambienti aziendali):

- ✚ partecipano attivamente al processo di analisi organizzativa e di mappatura dei processi, nonchè in sede di definizione delle misure di prevenzione e di attuazione delle stesse;
- ✚ comunicano i casi di conflitto di interessi che li riguardano personalmente;
- ✚ rispettano e fanno rispettare il Codice di comportamento ;
- ✚ segnalano ai dirigenti, ai referenti, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari o al RPCT, anche con finalità di miglioramento dei processi e dell'organizzazione, le eventuali/potenziali situazioni di illecito o maladministration di cui vengono conoscenza;
- ✚ curano la propria formazione sui temi della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;
- ✚ collaborano per quanto di propria competenza con il RPCT;

CONTESTO ESTERNO

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza insiste su un territorio provinciale che per estensione geografica e numero di abitanti - ca 700 mila - è il più vasto della regione Calabria: quinta provincia italiana, seconda dell'area meridionale della penisola.

La complessità dei servizi sanitari erogati, attraverso i tre Presidi ospedalieri di propria gestione, unita all'articolazione delle UU.OO. e la necessaria interazione di AO con

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

molteplici soggetti – sia di natura privata che pubblica – obbligano a rubricare il rischio corruttivo come “alto”, anche in considerazione delle molteplici e variegate modalità di interscambio tra gli attori dei processi che comunque sono indispensabili per il raggiungimento della *mission* aziendale.

A titolo esemplificativo, con il solo scopo di fornire un’idea, seppure non esaustiva della complessità di interazioni e della molteplicità di attori esterni che comunque è necessario si rapportino agli Uffici aziendali, di seguito sono elencati i soggetti che si interfacciano, a volte quotidianamente con settori dell’amministrazione o reparti ospedalieri:

- Fornitori e imprese esecutrici di lavori pubblici;
- Consulenti, collaboratori e avvocati;
- Componenti Commissioni bandi di gara, concorsi e altro;
- Aziende farmaceutiche e Sponsor;
- Personale medico in ALPI;
- Cittadini fruitori dei servizi sanitari e familiari;
- Associazioni di Volontariato, Associazioni di Malattia, Associazioni dei Consumatori;
- Enti pubblici, Istituzioni, Università;
- Compagnie di assicurazioni e Broker;
- Ordini Professionali;
- Strutture Pubbliche e Convenzionate;
- Studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari;
- Media, social media.

I rischi di corruzione o anche solo di induzione alla modifica e/o alterazione del naturale processo amministrativo che tali soggetti possono imprimere all’azione della Pubblica amministrazione, caratterizzata da imparzialità, trasparenza, efficienza ed efficacia, teoricamente sono molteplici. La mappatura delle aree e dei processi effettuate fanno ricondurre gli eventi rischiosi ai seguenti:

- conflitto di interessi
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione
- violazione del segreto d’ufficio

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

- pilotaggio di procedure per favoritismo
- alterazione dei tempi di attesa

L'analisi del contesto esterno all'amministrazione, può realizzarsi attraverso l'esame degli stakeholder, che questo Ufficio intende coinvolgere in un processo di partecipazione e condivisione degli obiettivi di Anticorruzione e Trasparenza.

STAKEHOLDERS

Un'Azienda sanitaria, da intendersi non solo come Ente erogatore di servizi ma anche come sistema aperto e in continua relazione con l'esterno, deve costantemente porre attenzione a quei fattori che influenzano positivamente e rinsaldano i rapporti con i propri stakeholder, anche al fine dell'ottimale raggiungimento degli obiettivi di trasparenza e anticorruzione, proprio in considerazione del fatto che questi soggetti detentori di un "titolo" per entrare in relazione con l'Azienda, possono oggettivamente favorire od ostacolare il raggiungimento di uno specifico obiettivo dell'organizzazione.

Gli stakeholder esterni dell'Azienda Ospedaliera sono catalogabili in:

stakeholder essenziali, cioè coloro che è necessario coinvolgere perché hanno capacità di influenza e grado di interesse alti, rispetto all'attività di riferimento e, quindi, forte capacità di intervento sulle decisioni che l'amministrazione vuole adottare. Tra questi sono da annoverare il Commissario ad Acta, la Regione, l'Università della Calabria, le associazioni di categoria, le associazioni sindacali, le altre aziende sanitarie, le Società scientifiche;

stakeholder opportuni, cioè coloro che è utile/strategico coinvolgere poiché hanno alta capacità di influenza anche se hanno un basso grado di interesse. Di questi fanno sicuramente parte i soggetti in grado di influenzare l'opinione pubblica rispetto a determinate tematiche, come la Corte dei conti, Media e Social Media, Università e Centri di Ricerca;

stakeholder deboli, cioè coloro che hanno una bassa capacità di influenza ma alto grado di interesse. Questa categoria coincide spesso con le fasce destinatarie dell'erogazione dei servizi sanitari, ovvero gli utenti ed è quindi opportuno coinvolgerli nel processo di pianificazione delle stesse. Oltre ai cittadini/utenti, in questa categoria si inseriscono anche le associazioni portatrici di interessi diffusi e le Associazioni delle professioni sanitarie.

Da qui l'esigenza di coinvolgerli nei processi di individuazione del rischio e

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

proposizione delle misure più adeguate per mitigarlo e/o prevenirlo. L’Ufficio Anticorruzione e Trasparenza, a tal fine, pubblica sul proprio sito istituzionale un avviso volto a raccogliere proposte e segnalazioni, finalizzate all’elaborazione del Piano Anticorruzione.

OBIETTIVO

Coinvolgere gli Stakeholder in iniziative volte al più ampio coinvolgimento all’adozione e al rispetto delle misure di prevenzione della corruzione.

CONTESTO INTERNO- La mappatura dei processi successiva all’adozione del nuovo Atto Aziendale

L’Azienda Ospedaliera di Cosenza, costituita per l’effetto del Decreto del Presidente della Giunta Regione Calabria n. 170 dell’8 febbraio 1995, ai sensi degli artt. 3 e 4 del D.lgs. n. 502/92, come modificato dal D. Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. È costituita da un Presidio Ospedaliero Unico, articolato in tre Stabilimenti Ospedalieri: - S.O. Annunziata, Cosenza, via Felice Migliori; -S.O. Mariano Santo, Cosenza, contrada Muoio Piccolo; - S.O. Santa Barbara, Rogliano, via Luigi Sturzo.

L’Azienda Ospedaliera di Cosenza è il più grande ospedale della Provincia ed HUB regionale e DEA di II livello; è punto di riferimento dei centri spoke della provincia (D.P.G.R. Calabria n. 106 del 20 ottobre 2011) ed eroga il maggior numero di ricoveri ordinari per acuti ai residenti seguita dall’A.O. Bianchi- Melacrino- Morelli e l’A.O.U. R. Dulbecco.

L’Azienda persegue la propria missione attraverso l’erogazione dei LEA, nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, facendo propri i principi di salvaguardia della dignità della persona e del soddisfacimento del bisogno di salute espresso, dell’equità nell’accesso ai servizi offerti, della qualità, dell’appropriatezza e della sicurezza delle cure praticate, dell’economicità nell’impiego delle risorse.

L’Azienda, secondo quanto previsto dal D.lgs. 165/2001, opera nel rispetto del principio della separazione tra le funzioni di indirizzo e controllo e di gestione e attua il principio di distinzione tra atti di governo e di gestione. Pone in capo al Direttore Generale l’adozione degli atti che implicano scelte strategiche, di programmazione, e di controllo dell’attività e l’attuazione dei medesimi atti affidati alla dirigenza alla quale compete anche l’ordinaria attività istruttoria. Ai dirigenti spetta infatti, ai sensi dell’art. 15-bis del

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

D. Lgs. 502/92 e dell'art. 4 del D. Lgs. 165/2001, l'adozione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, compresi tutti quelli che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Con Delibera n 101 del 05/06/2025, l'Azienda ha inoltre approvato il nuovo Atto Aziendale, in virtù dell'ormai avviato processo di integrazione con l'Università della Calabria. In virtù della predetta integrazione, l'Azienda garantirà tutte le attività assistenziali in un processo che include le attività di didattica e di ricerca, la qualità e la congruità della formazione del personale medico e sanitario, lo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria attraverso appositi programmi di ricerca in sinergia con l'Università.

Sono organi dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza:

- ❖ Il Direttore Generale, il Direttore amministrativo, il Direttore Sanitario;
- ❖ il Collegio di Direzione;
- ❖ il Collegio Sindacale;
- ❖ il Consiglio dei Sanitari;
- ❖ i Collegi Tecnici;
- ❖ l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- ❖ il Comitato Etico;
- ❖ il Comitato Consultivo Misto;
- ❖ il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità (C.U.G.);
- ❖ l'Organismo Indipendente di Vigilanza (ODV);

L'organizzazione dipartimentale, quale organizzazione integrata di Unità Operative omogenee, affini e complementari, ciascuna con obiettivi specifici ma tutte concorrenti al perseguimento di comuni obiettivi di salute, rappresenta il modello organizzativo con il quale l'Azienda eroga assistenza e persegue la propria *mission*.

Tale organizzazione è finalizzata ad assicurare, oltre che una migliore gestione amministrativa e finanziaria, la concreta attuazione delle politiche di governo clinico e a garantire il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni.

Inoltre, con le *Delibere n. 149-150-151(sostituita dalla 291 del 06/11/2025)-152-153-154-155 del 18/07/2025* sono stati individuati i Direttori dei Dipartimenti.

In conseguenza delle novità introdotte con l'adozione del nuovo atto aziendale, nel corso

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

del 2025 si è provveduto ad effettuare l'attività di mappatura del rischio sulle aree allo stato non mappate e ritenute maggiormente a rischio corruzione ovvero:

- Gare sopra-soglia;
- elaborazione stipendiale;
- rilevazione presenze;
- concessione benefici di legge;
- selezione personale a tempo determinato.

In attuazione del principio di flessibilità, è stato chiesto alle singole unità organizzative di adottare, nella individuazione dei processi, il più alto grado di approfondimento previsto dal PNA, scomponendo ciascun “processo” in “attività” al fine di porre in evidenza ogni possibile ambito in cui potessero trovare spazio comportamenti a rischio corruttivo secondo una prospettiva massimamente garantista.

L’analisi del rischio, infine, è stata effettuata nel rispetto del principio di gestibilità aggregando più procedimenti in un unico processo, anche con l’obiettivo di rendere le schede più fruibili da parte degli utenti.

L’attività è stata registrata all’interno di una matrice in formato Excel (una per ogni ufficio) ed in concomitanza alla predisposizione della matrice, sono stati elaborati i processi di gestione delle attività formalizzati ed adottati dall’Azienda con delibera n 6 del 14/01/2026

I processi allo stato mappati e le cui matrici sono allegate in calce al presente atto, costituendone parte integrante, ammontano a 13.

OBIETTIVO

Scopo di tale attività è stato quello di fornire in concomitanza alla matrice, uno strumento quale è il protocollo, capace di guidare le singole unità nei processi e definire in modo chiaro e trasparente i processi così da scongiurare i fenomeni corruttivi.

ESECUZIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI

Proprio i contratti di fornitura di servizi sono al centro di un processo di riorganizzazione aziendale che contempla misure specifiche di contenimento del rischio corruttivo e di controllo dell’esecuzione delle prestazioni.

Con Deliberazione n. 329 del 08 luglio 2021, è stato approvato il Regolamento per la disciplina delle modalità di controllo inerenti alla fase di esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi e delle competenze del Responsabile unico del procedimento e del Direttore

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

dell'esecuzione del contratto.

Il Regolamento prevede, in particolare, compiti e modalità di individuazione del Responsabile Unico del Procedimento (RUP) e del Direttore Esecutivo del Contratto (DEC), che assumono un ruolo centrale nella fase della cosiddetta **liquidazione tecnica** delle fatture pervenute, che consiste nell'attestazione/certificazione, dopo aver effettuato gli opportuni controlli qualitativi/quantitativi a seconda della complessità della fornitura, nel rispetto delle disposizioni normative previste per la regolare esecuzione contrattuale, che il bene o il servizio reso all'azienda è conforme a tutte le prescrizioni contrattuali (Capitolato, Offerta tecnica) e il relativo ordine e di conseguenza il credito vantato dal fornitore risulta legittimo ed esigibile.

Al fine di valorizzare e qualificare l'attività di direzione, verifica e controllo della fase esecutiva dei contratti è stato approvato, con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 56 del 26/01/2023 il “Regolamento recante norme per la ripartizione dell'incentivo di cui all'art. 113 del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. (il precedente Regolamento era stato adottato con Deliberazione n. 122 del 09/07/2020). Tale Regolamento è stato successivamente rettificato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 503 del 25/09/2023 con il quale sono stati approvati i correttivi alla ripartizione dell'incentivo ex art. 113 D. Lgs. 50/2016 e s.m.i. e contestuale presa atto della nuova stesura del “Regolamento recante norme per la ripartizione dell'incentivo di cui all'art. 113 D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.” che ha ratificato tali correttivi.

Con *Delibera n. 620 del 07/12/2023* è stato adottato il “Percorso attuativo per la certificabilità (PAC) dei Bilanci delle Aziende del SSR: Approvazione procedura amministrativo-contabile sul Ciclo passivo”. Attraverso tale procedura vengono definite le fasi di liquidazione tecnica e liquidazione amministrativo-contabile. Per quanto concerne la liquidazione tecnica, una volta che il RUP/DEC ha creato il fascicolo della fase della liquidazione tecnica, accertata la conformità e la regolarità della fornitura resa, anche con l'ausilio delle apposite check list, potrà dare corso alla formalizzazione dell'attestazione di regolare esecuzione del bene/servizio reso. Conseguentemente, RUP/DEC procederanno a trasmettere all'Ufficio liquidatore, quale articolazione interna dell'UOC competente, la già menzionata attestazione.

A tal riguardo, l'Azienda provvederà alla costituzione di un Ufficio Unico di liquidazione fatture, al quale convergeranno tutte le fatture afferenti alle varie UU.OO. È necessario, pertanto, istituire un Centro Unico (Codice Univoco Ufficio) verso il quale dovranno confluire tutte le fatture elettroniche passive, al fine di ricondurre entro i limiti di razionalizzazione il percorso articolato esistente in Azienda.

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

Per la liquidazione amministrativa delle competenze relative alle prestazioni professionali, si è sottolineata l'importanza del puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui *all'art. 15 del D. Lgs 33/13*, condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'atto e per la liquidazione dei relativi compensi al soggetto incaricato.

Complessivamente, il percorso che si propone di acquisire tale modalità operativa al fine di garantire la separazione delle responsabilità nel processo di esecuzione dei contratti, in particolare nelle fasi di liquidazione tecnica e liquidazione amministrativa, risulta coerente con quanto auspicato dalla normativa sulla prevenzione della corruzione in quanto consente, nella gestione ordinaria, di effettuare una forma strutturata di controllo nell'ambito del procedimento amministrativo.

La programmazione, così come definita, risulta essere coerente con gli indirizzi per la definizione dei Percorsi attuativi della Certificabilità dei Bilanci (PAC), approvati dalla *Regione Calabria - Dipartimento Salute e Welfare - con DCA n. 224 del 09/08/2023*, avente ad oggetto il “Percorso attuativo della Certificabilità dei Bilanci (PAC) – Adozione procedura amministrativo-contabile del Ciclo Passivo - Rimodulazione PAC”.

In questo senso la Direzione Strategica ha elaborato le procedure amministrativo-contabili sul Ciclo passivo che hanno la caratteristica, originale ed innovativa, di integrare le finalità proprie di tale procedura, finalizzata alla certificazione dei valori e poste in Bilancio, con quelli di controllo e prevenzione della corruzione.

Tale procedura è stata approvata con Deliberazione n. 620/2023.

Con Deliberazione *n. 1455 del 17/10/2025*, sempre nell'ottica di verifica e controllo ed in continuità con la *Delibera n. 202/2021 nonché con la delibera n. 189/2024*, si è proceduto ad effettuare una nuova puntuale ricognizione di DEC e RUP per i contratti relativi ai servizi esternalizzati dell'A.O. di Cosenza per l'anno 2025 (a parziale rettifica, integrazione delle Deliberazioni n. 152/23, n. 209/23 e n. 189/24).

Inoltre, a seguito dell'attività di verifica e mappatura del rischio, è stato predisposto il monitoraggio e la rilevazione del rischio per le procedure di acquisto sopra soglia.

A tal proposito, si evidenzia che il metodo utilizzato ha permesso, attraverso la predisposizione di appositi audit con il Responsabile dell'Unità e con il personale, di formalizzare un nuovo protocollo⁷ volto a cristallizzare le fasi della procedura di acquisti sopra soglia ed

⁷ Approvato con delibera n. 6 del 14/01/2026

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

evidenziare le misure di contenimento del rischio, cadenzando altresì le fasi di verifica e confronto con l'RPCT, in un'ottica di piena collaborazione ed a favore del rispetto del principio di trasparenza degli atti amministrativi.

OBIETTIVI RAGGIUNTI

- Con *Delibera n. 620/2023* è stata approvata la procedura amministrativo-contabile sul Ciclo Passivo;
- Nell'ambito di ogni UU.OO. è stato sollecitato il superamento della segregazione delle funzioni anche come misura alternativa alla rotazione del personale;
- Sono stati assolti gli obblighi di pubblicazione ai sensi *dell'art. 15 del D. Lgs. n. 33/2013*;

OBIETTIVI

- nel triennio, costituzione e operatività dell'Ufficio Unico di liquidazione fatture;
- nel breve periodo, si dovrà continuare a perseguire, nell'ambito di ogni UU.OO., la segregazione delle funzioni, anche come misura alternativa alla rotazione del personale;
- nel prossimo anno, puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui *all'art. 15 del D.lgs. 33/13*;

MAPPATURA DEI PROCESSI, VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO E ADOZIONE PROTOCOLLI AZIENDALI

Sulla base delle indicazioni metodologiche contenute nel PNA e confermate negli Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza, l'Azienda Ospedaliera ha avviato l'attività di mappatura dei processi con metodo qualitativo giungendo alla mappatura di n. 13 processi⁸. Come già indicato nel corso del presente lavoro, l'attività ha coinvolto gli esecutori dei processi in quanto soggetti in grado di descrivere dettagliatamente l'attività da mappare.

In aggiunta all'attività già effettuata nel corso degli ultimi anni, nel 2025 (anche in considerazione dell'approvazione del nuovo atto aziendale), come già infra specificato, è stata effettuata la mappatura delle seguenti attività, che presentano un grado di rischio ELEVATO:

⁸ Allegate al presente Piano

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

Mappatura processo/rischi/misure specifiche anticorruzione dell'attività “Rilevazione Presenze”, con la descrizione del potenziale rischio e con la previsione delle specifiche misure anticorruzione da attuare. Il Report per la rendicontazione delle misure adottate da parte dell’UOC G.R.U. deve essere sottoscritto e trasmesso informaticamente nonché in originale al RPCT con cadenza semestrale entro il 30 giugno e all’inizio del mese di dicembre di ogni anno. Al già menzionato Report occorre allegare la documentazione probatoria, attestante l’effettivo espletamento delle azioni previste dalle misure anticorruzione, ovvero indicare gli estremi dei provvedimenti attuati.

Mappatura del processo “Gare sopra soglia”, con la descrizione del potenziale rischio e con la previsione delle specifiche misure anticorruzione. Il Report per la rendicontazione delle misure adottate da parte dell’UOC P.E.G.L. (Gestione gare sopra soglia), deve essere sottoscritto e trasmesso informaticamente nonché in originale al RPCT con cadenza semestrale entro il 30 giugno e all’inizio del mese di dicembre di ogni anno. In aggiunta a quanto sopra indicato, il puntuale assolvimento degli obblighi di trasparenza permette, altresì, di completare l’attuazione delle misure anticorruzione.

A tal proposito, infatti, è previsto come flusso tipizzato, una comunicazione da parte dell’Ufficio competente al RPCT dell’invio per la pubblicazione e riscontro dell’avvenuta pubblicazione. Per ogni singola procedura di affidamento è inserito link alla BDNCP, contenente dati e informazioni trasmessi e pubblicati da ANAC ai sensi della Delibera n. 261/2023.

Mappatura del processo e dei rischi del processo “Concessione benefici”, con la descrizione del potenziale rischio e con la previsione delle specifiche misure anticorruzione.

Il Report per la rendicontazione delle misure adottate da parte dell’UOC G.R.U. deve essere sottoscritto e trasmesso informaticamente nonché in originale al RPCT con cadenza semestrale entro il 30 giugno e all’inizio del mese di dicembre di ogni anno.

In aggiunta alle mappature dei processi e dei rischi sopra indicati, seguendo lo stesso metodo già descritto, è stata effettuata la mappatura dei rischi per quanto attiene ai processi di Rilevazione presenza, elaborazioni stipendiali ed acquisizione del personale a tempo determinato. Tutti i processi di mappatura sono stati condotti in collaborazione con i responsabili delle Unità e con il personale addetto.

Contestualmente sono stati approvati inoltre 05 Protocolli, al fine di chiarire ruoli, responsabilità, modalità di controllo e tracciabilità delle operazioni
Protocollo Rilevazione Presenze;

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

Protocollo Gestione gare sopra soglia;

Protocollo Elaborazione stipendi;

Protocollo di acquisizione del Personale a tempo determinato;

Protocollo concessione benefici;

Attraverso tali Protocolli⁹, l’Azienda intende altresì assicurare la tendenziale separazione di compiti tra le funzioni di autorizzazione, esecuzione e controllo del processo ed individuare le figure coinvolte nelle fasi anzidette.

Ad ogni buon conto, l’Azienda ha previsto una nuova attività di mappatura, anche con il supporto di un ausilio esterno che si prevede di individuare secondo normativa.

OBIETTIVO

- nel triennio monitorare la mappatura di tutti i processi e valutare eventuali variazioni ed adeguamenti laddove necessari.

FORMAZIONE IN TEMA DI ANTICORRUZIONE

La formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e in generale sui temi dell’etica anche ai fini della promozione del valore pubblico è prevista da specifiche disposizioni contenute nella Legge 6 novembre 2012, n. 190. Ne discende che la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo è una misura di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare adeguatamente nell’ambito del PTPCT così come nella Sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO.

La Legge 190 del 2012 stabilisce che la formazione in materia di anticorruzione, trasparenza e in generale sui temi dell’etica deve essere rivolta innanzitutto ai dipendenti pubblici chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato il rischio corruttivo.

L’Amministrazione è quindi tenuta, per legge, a programmare una formazione specifica e mirata per il RPCT, i dirigenti e tutto il personale operante nelle aree di rischio, sulla base del PTPCT e della Sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO.

Nel corso dell’anno 2025 l’attività di formazione è stata effettuata attraverso l’erogazione di corsi atutto il personale tramite l’uso del portale Syllabus, attraverso una costante sollecitazione dei dirigenti delle unità nonché attraverso l’erogazione di sezioni dedicate per l’implementazione della sezione trasparenza dell’azienda. Inoltre, determinante è stato il confronto e l’affiancamento ed il costante supporto dell’ODV ai sensi della 231.

⁹ Tutti approvati con delibera n. 6 del 14/01/2026 ed allegati al presente Piano

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

Si evidenzia che l’Azienda si avvarrà, laddove possibile, dei percorsi formativi previsti dalla SNA così come da indicazione dell’ANAC.

OBIETTIVI

- predisporre, nel triennio, la formazione di tutto il personale sui temi dell’anticorruzione e della trasparenza, prevedendo, eventualmente, sessioni tematiche specifiche per area di pertinenza;
- Aggiornamento e formazione specifica per RUP e DEC.

L’INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI

Con Deliberazione n. 660/2023 questa A.O. ha aderito all’Accordo quadro per l’informatizzazione dei Sistemi clinico-assistenziali, informatizzando la cartella clinica.

Il processo di liquidazione delle fatture, la gestione del magazzino e della farmacia, è gestito attraverso l’utilizzo, esteso a tutte le UU.OO.CC., di un applicativo regionale SEC-SIRS utilizzato da tutte le strutture tecnico amministrative aziendali.

Il già menzionato programma garantisce la tracciabilità delle fatture (dalla registrazione del protocollo delle fatture in entrata, all’emissione dell’atto di liquidazione), la tempestività dei relativi pagamenti, la protocollazione automatica degli atti di liquidazione, nonché la doppia firma e il doppio controllo di formalità sia dell’atto di liquidazione sia della documentazione interna all’ufficio, assicurando il pieno rispetto dei principi contabili.

Sono ancora da attivare le scrivanie virtuali in area medica, da parte dei direttori/dirigenti sanitari e nell’area amministrativa resta ancora da completare il processo di digitalizzazione con l’utilizzo del fascicolo elettronico e la creazione di documenti - lettere, istanze, comunicazioni – in digitale. L’applicativo è in uso quotidiano in area amministrativa dove ancora stenta ad essere adottato il fascicolo elettronico. Il modulo, integrato con il modulo Protocollo garantisce un ulteriore tassello di tracciabilità e processazione degli atti e dei documenti. In considerazione delle funzioni di assegnazione e smistamento dei documenti ai soggetti incaricati di svolgere attività correlate, di verifica dell’assegnazione e di tracciamento delle movimentazioni del documento, è auspicabile che l’applicativo trovi presto compiuto, completo e diffuso utilizzo.

OBIETTIVI

Aggiornamento dei Sistemi in uso e allineamento del Sistema informatizzato per la cartella clinica con il Sistema regionale anche ai fini dello scarico degli armadietti dei farmaci in uso alle

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

UU.OO.

FARMACIA

La Farmacia Ospedaliera è una struttura complessa che, sulla base degli obiettivi strategici indicati dalla Direzione e nel rispetto della normativa vigente, opera al fine di assicurare un uso appropriato, efficace, sicuro ed economico, delle risorse gestite (farmaci, prodotti dietetici, disinfettanti, dispositivi medici e materiale sanitario). Nella gestione del rischio corruttivo, legato alle modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento dei farmaci, il servizio di Farmacia adotta la gestione informatizzata del magazzino, per garantire la corretta tracciabilità di tutte le movimentazioni dei prodotti di scorta.

L'approvvigionamento di farmaci, prodotti dietetici, disinfettanti, dispositivi medici, materiale sanitario e materiale diagnostico avviene secondo le indicazioni previste con procedura adottata dall'Azienda Ospedaliera con *Delibera n. 314 del 10/12/2024*, secondo quanto riportato nel citato Regolamento che si intende integralmente riportato e trascritto.

INTEGRAZIONE INFORMATIZZATA UU.OO./ MAGAZZINO FARMACIA

L'U.O.C. di Farmacia ha espletato tutte le procedure necessarie per completare l'informatizzazione sia del magazzino di Farmacia che degli armadi farmaceutici delle varie UU.OO. Tutte le richieste dei vari prodotti, sia a scorta che in transito, sono gestite on-line, in particolare:

- tutte le richieste dei materiali a scorta in farmacia pervengono tramite il programma informatico SEC-SIRS, vengono validate dal farmacista e allestite nello stesso magazzino;
- tutte le richieste sono effettuate dai vari Reparti come richieste in transito; sono valutate dal farmacista e confermate, eliminate o modificate secondo i criteri di buona gestione e trasformate sul programma SEC-SIRS in proposte d'acquisto per le UU.OO. richiedenti.

Le UU.OO. dispongono dell'armadio informatizzato attraverso la cui gestione possono verificare la corrispondenza del materiale inviato dalla Farmacia. Attraverso la gestione dell'armadio di reparto, le UU.OO. possono effettuare gli scarichi di tutto il materiale utilizzato per l'assistenza ai pazienti, per i resi in farmacia e per i prestiti tra le varie UU.OO.

Le movimentazioni informatizzate dei vari prodotti sono corredate di lotto e scadenza, per

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

garantire una migliore tracciabilità, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

TRASPARENZA

La trasparenza costituisce uno dei più efficaci strumenti di prevenzione del rischio di corruzione, perché consente un controllo sociale sull'attività e sulle scelte dell'amministrazione pubblica e, in particolare, sull'impiego delle risorse.

L'Azienda Ospedaliera consente all'utente l'accesso alle informazioni sul sito istituzionale: www.aocosenza.it, impegnandosi a garantirne l'aggiornamento la completezza, l'integrità, la tempestività e la possibilità di accesso da parte di tutti.

Nella sezione Amministrazione Trasparente si dà attuazione alle disposizioni del *Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 come modificato dal Decreto legislativo n. 97/2016*.

Posto che con Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 ha proceduto all'approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del d. lgs. 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto, è stato concesso alle Amministrazioni un periodo transitorio di 12 mesi per procedere all'aggiornamento delle sezioni AT rispetto ai predetti schemi relativi agli artt. 4-bis, 13 e 31. Ciò al fine di concedere alle amministrazioni di avere maggiore tempo per adeguare i propri sistemi.

In particolare, ai sensi del disposto di cui all'art. 13 D. Lgs. 33/2013 l'A.O. di Cosenza è tenuta a pubblicare e aggiornare le informazioni e di dati concernenti la propria organizzazione, corredati dai documenti anche normativi di riferimento. Sono pubblicati, tra gli altri, i dati relativi:

- a) *agli organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze;*
- b) *all'articolazione degli Uffici, le competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili di singoli uffici;*
- c) *all'illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche;*
- d) *all'elenco dei numeri di telefono nonché delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali.*

Quanto sopra è stato già oggetto di pubblicazione secondo gli schemi forniti da ANAC.

Inoltre, nell'ottica della massima trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 4-

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

bis), l’Agenzia per l’Italia digitale, d’intesa con il Ministero dell’economia e delle finanze, al fine di promuovere l’accesso e migliorare la comprensione dei dati relativi all’utilizzo delle risorse pubbliche, gestisce il sito Internet denominato “Soldi pubblici” che consente l’accesso ai dati dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni e ne permette la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta e alle amministrazioni che l’hanno effettuata, nonché all’ambito territoriale di riferimento.

Pertanto, ciascuna amministrazione è tenuta a pubblicare sul proprio sito istituzionale, in una parte chiaramente identificabile della sezione “Amministrazione trasparente”, i dati sui propri pagamenti e ne permette la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all’ambito temporale di riferimento e ai beneficiari.

Anche in questo caso gli schemi di pubblicazione approvati da ANAC potranno essere usati come modelli per l’organizzazione, la codificazione e la rappresentazione dei documenti, dati e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi dell’art. 4-bis nella sezione “Amministrazione trasparente” del sito istituzionale dell’Ente che sia tenuto all’obbligo di pubblicazione ex art. 4-bis.

La Sezione e tutto il portale di A.O. CS sono progettati e realizzati nel rispetto dei requisiti tecnici previsti nell’Allegato A del Decreto ministeriale 8 luglio 2005 di attuazione della Legge n. 4/2004 "Disposizioni per favorire l’accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici" e in base a quanto indicato dalle Linee guida per il contenuto del Web (WCAG 1.0). I documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell’accesso civico, sono pubblicati in formato di tipo aperto (per esempio pdf e csv) e sono riutilizzabili senza ulteriori restrizioni diverse dall’obbligo di citarne la fonte e di rispettarne l’integrità.

L’Azienda, inoltre con *Del. n. 195 del 29/04/2021* si è dotata della “Procedura per la disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi”. Il provvedimento e l’allegata modulistica, concepita allo scopo di agevolare l’utilizzo della misura, da parte di tutti icittadini, è pubblicato sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente. L’RPCT controlla il rispetto della tempistica di adempimento da parte del Responsabile dell’accesso agli atti, individuato nella procedura suddetta.

OBIETTIVI:

- nel triennio rispetto puntuale degli obblighi di pubblicazione, superando le

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

resistenze del personale che interpreta l'obbligo come ulteriore appesantimento di un'attività burocratica e amministrativa già molto gravosa;

- Portare a termine gli adempimenti di cui alla Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 con la quale si è proceduto all'approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del d. lgs. 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto.

IL WHISTLEBLOWING

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha adottato un sistema interamente *web based*, utilizzabile da qualsiasi *device*, anche mobile, per la gestione delle segnalazioni in conformità alla *Legge 179/2017* ed aggiornato alle linee guida ANAC emanate con *delibera 311/2023*.

La soluzione consente non solo la gestione della fase di presentazione delle segnalazioni, ma anche il successivo procedimento di gestione. In ciò differenziandosi dalle altre soluzioni attualmente disponibili. Viene assicurato, così, il massimo grado di riservatezza sia dei dati del segnalante che della stessa segnalazione, dal momento della presentazione al momento della definitiva chiusura, non essendo necessario in nessuna fase procedere a stampe, invii via e-mail, ecc.

Ogni accesso alla segnalazione è tracciato (sia quelli dello stesso RPCT sia quelli dei soggetti interni eventualmente interessati da questi) e il RPCT potrà sempre visualizzare l'elenco di tutti gli accessi. Il RPCT è l'unico soggetto abilitato, su sua specifica richiesta, sempre tracciata dal sistema, all'accesso ai dati del segnalante.

La soluzione consente al RPCT di "dialogare" con il segnalante "mediante la soluzione", quindi senza conoscerne l'identità. Il segnalante può verificare lo stato di avanzamento del procedimento. Alla soluzione si può accedere da qualsiasi dispositivo fisso o mobile e da qualsiasi luogo, non essendo necessaria nessuna installazione, attraverso il link "Segnalazione illecito – Whistleblowing", disponibile nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri Contenuti / Prevenzione della Corruzione", così come indicato da ANAC nella determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, allegato 1A.

Di seguito le funzionalità implementate:

- **fase di avvio** - dichiarazione al sistema dei dati di contatto, oltre che del RPCT, dei soggetti che potrebbero, se attivati dal RPCT, accedere alle segnalazioni (OIV, UPD) in fase di gestione - dichiarazione al sistema dei soggetti che

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

potenzialmente potrebbero procedere alla presentazione delle segnalazioni;

- **fase di registrazione** che avviene da web, accertandosi dell'identità del segnalante attraverso autenticazione OTP (One Time Password), acquisendone, oltre all'identità, anche la qualifica e il ruolo;
- **fase di verifica** dell'identità dei dati dell'utente registrato ed abilitazione al servizio;
- **fase di presentazione** - l'utente abilitato può, quindi, accedendo al sistema sempre in ambiente web, completare il modello di segnalazione reso disponibile; completata la compilazione si otterrà conferma dell'identità del segnalante al momento dell'invio della segnalazione (via OTP) e immediato disaccoppiamento dei dati del segnalante da quelli della segnalazione; tutti i dati vengono mantenuti crittografati e conservati su server distinti - invio di notifica di avvenuto deposito della segnalazione al RPCT (sms/email) fase di gestione - il RPCT avrà accesso immediato SOLO ai dati della segnalazione, in chiaro ed in forma “volatile” (cioè a chiusura della sessione non è più disponibile la segnalazione in chiaro) e potrà:
 - chiedere integrazioni e “dialogare” con il segnalante senza conoscerne l'identità. È, infatti, il sistema a “recapitare” le richieste al segnalante, ed a procedere all'inoltro al RPCT degli eventuali riscontri ottenuti;
 - decidere l'archiviazione (l'archiviazione viene notificata al segnalante);
 - inviare, per l'eventuale avvio dei rispettivi procedimenti, la segnalazione: all'OIV, all'UPD e/o alle Procure di Corte dei conti e/o Tribunale. L'invio ai soggetti interni, pre-dichiarati al sistema, viene notificata via sms/email e saranno tracciati tutti gli accessi alla segnalazione con immediato report al RPCT. Il sistema consente ai soggetti interni di dichiarare lo stato del procedimento avviato, allegando atti e documenti utili. L'invio ai soggetti esterni avverrà con le modalità e le cautele di riservatezza previsti dalla norma.

La Piattaforma informatica *Whistleblowing* consente dunque di effettuare segnalazioni sia in forma scritta che in forma orale. Per quest'ultima, in alternativa, l'Azienda Ospedaliera ha attivato una casella vocale, presente sulla suddetta Piattaforma, che può essere utilizzata dalla persona segnalante, garantendo sempre la riservatezza sull'identità o il totale

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

anonimato.

MONITORAGGIO

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tendendo conto delle misure di prevenzione introdotte e delle azioni attuate.

Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Al fine di disegnare un'efficace ed effettiva strategia di prevenzione della corruzione, è già in atto un sistema di monitoraggio sull'attuazione delle misure medesime che prevede la compilazione di un format in cui sono inserite, in sintesi, le informazioni relative all'adozione dei procedimenti amministrativi, tra le quali: i riferimenti normativi utili, l'Ufficio responsabile dell'istruttoria, l'Ufficio del procedimento e se diverso, in caso di separazione delle funzioni, l'Ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, le modalità con le quali gli interessati possono ottenere informazioni relative al procedimento stesso, il termine fissato per la conclusione del procedimento e gli strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale.

Dall'approvazione del presente PTPCT, con cadenza annuale, i Referenti per la prevenzione, per l'ambito di rispettiva competenza e utilizzando la scheda predisposta dal RPC, redigeranno una relazione sullo stato di implementazione del PTPCT medesimo, con specifico riferimento agli adempimenti di stretta pertinenza e alle misure di prevenzione del rischio obbligatorie/generalì e ulteriori/specifiche, indicate nelle schede di mappatura del rischio, evidenziando le cause di eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi.

Con la medesima relazione sono comunicate le proposte correttive formulate, per ragioni obiettive, dai dirigenti degli uffici dirigenziali di livello non generale, condivise dal competente direttore di ufficio dirigenziale generale.

Sono previsti, inoltre, audit nelle singole UU.OO. con l'obiettivo di verificare lo stato di attuazione delle misure concordate in fase di mappatura delle aree di rischio e gli eventuali corretti/variazioni da adottare nel caso si rendessero necessarie.

Degli audit sarà redatto processo verbale che sarà trasmesso all'ODV dopo la necessaria condivisione con i partecipanti alla riunione.

Entro la fine di ciascun anno, il Team per la prevenzione dei fenomeni corruttivi, invita tutti i Dirigenti ed i Referenti, a relazionare sulle attività di ciascuna Unità Operativa, relativamente alle attività di prevenzione svolte nel medesimo anno, in adempimento a quanto

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

disposto dall'art. 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012.

OBIETTIVI:

- nel biennio, verifica dell'utilità e dell'efficacia delle misure di monitoraggio individuate nella mappatura dei processi;
- nel triennio, puntuale rispetto delle misure generali e specifiche individuate per singolo processo

Si allega al presente Documento, il relativo Format per il Monitoraggio dei Procedimenti amministrativi (Allegato 1).

ROTAZIONE ORDINARIA DEI DIPENDENTI

Questa Amministrazione riconosce che la rotazione rappresenta strumento essenziale nell'ambito della strategia per la prevenzione della corruzione. Tale misura organizzativa è finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che alimentano dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

Tuttavia, così come sottolineato dalla stessa Anac¹⁰, la rotazione in ambito sanitario presenta criticità specifiche dovute alla natura stessa del settore. Le competenze cliniche, essenziali per il funzionamento dei servizi sanitari, rendono difficile applicare la rotazione a medici e specialisti con expertise consolidate. Anche per incarichi amministrativi e tecnici, dove sono richieste competenze specifiche, il numero di figure qualificate è spesso limitato.

Pertanto, questa Azienda, pur riconoscendo la sussistenza di diversi elementi ostacoli all'applicazione della misura, ritiene che, soprattutto nelle aree di maggior rischio corruttivo, la rotazione dei dipendenti possa essere promossa, dapprima all'interno della stessa U.O.C., predisponendo, al fine di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa, adeguato affiancamento e formazione specifica.

La rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire da un lato alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore, elevando il livello di professionalità dello stesso in relazione alle capacità potenziali e dall'altro ad elevare le capacità professionali complessive dell'Amministrazione, senza che ciò determini inefficienze e malfunzionamenti. Resta come misura alternativa la

¹⁰ Atto del Presidente approvato dal Consiglio dell'Autorità il 3 luglio 2024.

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

predisposizione di un’organizzazione in cui sia valorizzata la segregazione delle funzioni.

Nel corso dell’anno 2024-2025, l’AO di Cosenza ha registrato un forte avvicendamento dovuto al pensionamento del personale ed all’innesto di nuovo personale in alcune aree critiche: personale, acquisti, bilancio, controllo di gestione, ingegneria clinica, ecc.

Inoltre, con la trasformazione legata al nuovo atto Aziendale e l’innesto di personale Universitari, anche le aree sanitarie hanno subito profonde trasformazioni a partire dalla nomina dei Nuovi direttori di Dipartimento.

Tale circostanza ha favorito sensibilmente il processo di rotazione e/o comunque rinnovamento del personale, con tutti i benefici conseguenti in tema di lotta alla corruzione e tutela della trasparenza amministrativa.

OBIETTIVO:

- nel breve periodo e nelle more dell’attivazione della struttura centrale di liquidazione fatture, si raccomanda di assicurare la segregazione delle funzioni

MISURE ALTERNATIVE IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ DI ROTAZIONE

Il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione della corruzione, si prevede che vengano attuate scelte organizzative ed adottate altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l’isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza “interna” delle attività o ancora l’articolazione delle competenze, c.d. “segregazione delle funzioni”.

Tali misure mirano ad evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi, specie di quelli più esposti al rischio di corruzione.

A tal fine si prevede quanto segue.

Si prevedono modalità operative che favoriscono una maggiore partecipazione del personale alle attività del proprio ufficio.

Nelle aree identificate come maggiormente esposte a rischio corruzione e per le istruttorie più delicate si prevedono meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, stabilendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividono le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria.

E' prevista l'attuazione di una corretta articolazione dei compiti e delle competenze. A tal fine, a seguito della nuova organizzazione ed in attesa delle misure attuative, si è provveduto a pubblicare nella sezione trasparenza l'organigramma aziendale ed il funzionigramma.

Ciò posto, si individuano le seguenti modalità, che rappresentano altrettanti

OBIETTIVI da raggiungere nel triennio:

- ✓ estensione dei meccanismi di "doppia sottoscrizione" dei procedimenti, dove firmano, a garanzia della correttezza e legittimità, sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell'atto finale;
- ✓ meccanismi di collaborazione tra diversi ambiti su atti potenzialmente critici, ad elevato rischio (lavoro in team che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi);
- ✓ condivisione delle fasi procedurali, prevedendo di affiancare al soggetto istruttore, altro personale in modo che, ferma la unitarietà della responsabilità del procedimento, più soggetti condividono le valutazioni rilevanti per la decisione finale della istruttoria.

ROTAZIONE STRAORDINARIA A SEGUITO DI AVVIO DI PROCEDIMENTO DISCIPLINARE

La rotazione straordinaria può essere disposta quando il procedimento disciplinare sia avviato dall'amministrazione per comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva.

La misura resta di natura preventiva e non sanzionatoria (diversamente dalla sanzione disciplinare in sé”).

E' necessario che la rotazione straordinaria sia disciplinata e regolamentata, nel rispetto della normativa vigente con riferimento a:

- ambito di applicazione;
- profili di responsabilità;
- procedure per addivenire al provvedimento motivato;
- durata dell'efficacia del provvedimento motivato di rotazione straordinaria;

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

- criteri operativi;
- coinvolgimento del RPCT ai sensi dell'art. 129, co. 1 del Decreto Legislativo 28 Luglio 1989 da parte della Direzione Generale che riceve la comunicazione del Pubblico Ministero, affinché il RPCT possa esercitare la sua funzione di vigilanza sulla effettiva adozione del provvedimento conseguente (vedasi paragrafo 3.11 delle citate Linee Guida ANAC).

Si rende altresì necessario l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale alla luce della Delibera ANAC n. 358/2017 "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale" e della Delibera ANAC n. 215/2019 sulla applicazione della misura della rotazione straordinaria.

OBIETTIVO:

- Costante monitoraggio sull'applicazione del Codice etico e di comportamento, nonché monitoraggio sull'adeguatezza dello stesso rispetto alle dinamiche aziendali.

CONFLITTO DI INTERESSI

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza principalmente attraverso l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi.

Si configura una situazione di conflitto di interessi laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale dell'amministrazione, per favorire il soddisfacimento di interessi personali del medesimo funzionario o di terzi con cui sia in relazione secondo quanto precisato dal legislatore.

Tutti i dipendenti/collaboratori/consulenti devono, nei loro rapporti esterni con clienti/fornitori/contraenti e concorrenti, comunque curare gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

I dipendenti destinati a operare nei settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione devono astenersi da quella attività, ai sensi dell'articolo 6 bis della legge n. 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

risultare di pregiudizio per l'Azienda.

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza con dichiarazione scritta da inviarsi al proprio responsabile.

E' stata elaborata modulistica inherente all'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, oltre alle misure già previste nel presente piano:

- trasmissione al RPCT di relazione annuale sul monitoraggio del rispetto dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- trasmissione al RPCT delle dichiarazioni ricevute da parte dei Direttori/responsabili di Struttura.

OBIETTIVO:

- puntuale rispetto degli obblighi di trasmissione delle relazioni annuali ai fini del monitoraggio.

CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO

Con Deliberazione n. 143/2024 questa A.O. ha approvato il Codice di Comportamento.

L'Azienda è tenuta a far osservare il Codice di Comportamento di cui al DPR 16 aprile 2013 n.62, contenente a norma dell'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001, tutte le indicazioni di buona condotta alle quali il pubblico dipendente deve ispirare le proprie azioni, a diffonderlo tramite pubblicazione sul sito, ed a renderlo sempre disponibile a tutti.

INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ

Il D. Lgs. 39/2013 prevede le ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi nella PA allo scopo di prevenire il rischio di condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato e per evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire vantaggi in maniera illecita. Il contemporaneo svolgimento di alcune attività potrebbe generare il rischio di svolgimento non imparziale dell'attività amministrativa, favorendo illeciti scambi di favori.

Il legislatore ha inoltre stabilito il divieto di assumere incarichi in caso di sentenza di condanna anche non definitiva per reati contro la P.A.

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento incarichi, la risoluzione del relativo contratto e ulteriori sanzioni a carico dei componenti degli organi responsabili della violazione. Nei casi di incompatibilità è prevista la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto.

Le Delibere ANAC n. 1146 del 25.09.2019 e n. 713 del 04.08.2020 hanno esteso il perimetro di applicazione delle ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi all'interno delle Aziende Sanitarie, in precedente comprensivo solo del Direttore Generale, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, anche a tutti gli incarichi dirigenziali titolari di competenze di amministrazione e gestione non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non).

Anche in questo caso, la principale misura di gestione del rischio anti-corrittivo è rappresentata dal sistema di dichiarazioni rese dai dipendenti e dalle successive verifiche.

L'U.O.C. Gestione Risorse Umane è tenuta, al momento di conferimento e/o rinnovo di nuovi incarichi, a richiedere le dichiarazioni di esclusione dei motivi di inconferibilità e incompatibilità.

Annualmente dovrà richiedere la dichiarazione sull'incompatibilità.

La stessa struttura è altresì tenuta ad effettuare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese. Di tale attività riferirà **annualmente al** Responsabile Anticorruzione.

Le dichiarazioni di cui sopra sono rese disponibili nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

Detta misura di trasparenza garantisce la possibilità del controllo sociale diffuso.

INCOMPATIBILITÀ DA CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A. (ART. 35 BIS DEL D.LGS 165/01)

Le Unità Operative Complesse, GRU, Attività Tecniche e Patrimoniali, Forniture e Logistica, Economato, Affari Generali, devono verificare la sussistenza di precedenti penali al momento della costituzione delle commissioni di concorso e per l'affidamento di commesse, in maniera tempestiva, mentre l'UOC GRU deve verificare la sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici che svolgono l'attività prevista dall'art. 35 bis del D. Lgs 165/001 e s.m.i.

ULTERIORI MISURE:

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2026/2028

❖ CLAUSOLA DI PANTOUFLAGE PER APPALTI DI SERVIZI, FORNITURE E LAVORI

Per le procedure di cui sopra è stata introdotta la clausola ai sensi del comma 16 ter dell'art. 53 del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall' articolo 1, comma 42 della legge 6 novembre 2012, n. 190, "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti". come prevista dalla predetta disposizione legislativa, quale strumento di adesione volontaria ai principi etici di legalità, volto a rafforzare il vincolo di collaborazione alla legalità tra l'amministrazione aggiudicatrice e i partecipanti privati nell'ambito dell'affidamento di appalti pubblici.

❖ STUDI CLINICI

In materia di sperimentazione e studi clinici e nel intende rafforzare le misure anti-corrittive in materia con delibera n. 298 del 11.11.2025 l'Azienda ha adottato il "Regolamento sulle sperimentazioni, sugli studi clinici e sull'attività di ricerca"

Tale Regolamento si pone l'obiettivo di declinare in ambito aziendale le modalità operative volte all'esecuzione e rendicontazione di studi clinici e ricerche scientifiche, avendo come obiettivo fondamentale il rispetto del principio di buona pratica clinica al fine di garantire la sicurezza

ed il benessere dei soggetti ed assicurare la credibilità dei dati concernenti la sperimentazione clinica stessa.

Esso si applica a tutte le attività dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza e a tutti i lavoratori, inclusi i dipendenti, autonomi e terzi che partecipino a qualsiasi titolo all'esecuzione di una ricerca, sperimentazione o studio clinico.

Al fine di dare maggiore certezza alle attività di verifica e valutazione sull'opportunità di intraprendere le attività di sperimentazione, l'Azienda, contestualmente all'adozione del Regolamento ha costituito un Comitato di valutazione scientifica.

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2026/2028

Il Comitato di valutazione scientifica dell’Azienda Ospedaliera è costituito dai membri nominati dal Direttore Generale, ovvero:

- Il Direttore Sanitario Aziendale o suo Delegato (Presidente);
- Un Direttore di DAI (Dirigente medico Ospedaliero-Universitario) o suo delegato;
- Un Direttore di Dipartimento (Dirigente medico Ospedaliero) o suo delegato;

Fra gli obiettivi da perseguire:

- assicurare l’integrazione delle attività di ricerca con i percorsi assistenziali, formativi ed organizzativi dell’A.O. di Cosenza, anche al fine di contribuire al miglioramento delle strategie assistenziali;
- garantire la massima tutela dei diritti dei pazienti coinvolti nelle attività diricerca;
- assicurare ai professionisti una corretta conduzione della ricerca anche attraverso l’attività di monitoraggio e rendicontazione;
- definire modalità operative per la conduzione di ricerche indipendenti, finalizzate al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell’assistenza sanitaria;
- assicurare la congruità, la corretta attribuzione, la trasparenza nonché l’equa ripartizione dell’onere finanziario conseguente alla conduzione di ricerche o sperimentazioni.



AGGIORNAMENTO DEL PTPCT

Il Piano entra in vigore dalla data di esecutività della deliberazione che lo approva e sarà aggiornato e adeguato con periodicità annuale, fatto salvo il verificarsi di condizioni, considerazioni e circostanze che debbano indurre a ritenere necessaria una revisione del Piano nel corso dell’annualità.

Copia del Piano, a scopo di presa d’atto, viene consegnata, a cura dei Dirigenti, ai dipendenti al momento dell’assunzione. Ai dipendenti, già in servizio, ne viene data ampia diffusione, attraverso il sito web aziendale nonché, ai singoli, tramite posta elettronica aziendale.