

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

## 2026/2028

### Sottosezione Rischi Corrottivi e trasparenza

Il contenuto della presente sezione, si intende integrativo del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e viene integrato con il Piano della Performance e con gli altri strumenti di programmazione aziendale, per garantire un diretto collegamento tra le misure previste per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e gli obiettivi e le valutazioni delle attività dei Dirigenti e delle strutture aziendali.

L'articolo 1, comma 8, della legge n. 190/2012, nel testo novellato dal decreto legislativo n. 97/2016, 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 della sezione anticorruzione.

Gli obiettivi strategici dell'anticorruzione e trasparenza hanno un carattere di trasversalità: rappresentano, infatti, il come, in senso etico, un obiettivo debba essere condotto.

Non sono pertanto, scindibili dalle azioni concrete che l'Azienda mette in campo al fine di perseguire le proprie missioni istituzionali, contribuendo al loro sviluppo attraverso interventi che mirano a risolvere potenziali criticità sia in termini corruttivi veri e propri che con riguardo a potenziali casi di malamministrazione.

Si riportano di seguito gli obiettivi strategici relativi all'Area Trasparenza e Anticorruzione:

Con nota prot. n. 755 del 19/01/2026 il Direttore Generale ha provveduto ad inviare al RPCT gli obiettivi strategici in tema di anticorruzione e Trasparenza per il triennio 2026-2028 e specificatamente:

- Rafforzare i processi di partecipazione, sia interna che esterna, necessari nella fase di predisposizione del Piano, attraverso il coinvolgimento attivo degli stakeholders;
- Verificare il rispetto della mappatura dei processi effettuati e dei protocolli approvati con Delibera n. 6 del 14/01/2026 revisionando ed apportando eventuali correzioni alle mappature delle annualità pregresse, al fine di eliminare le criticità ed elevare il livello qualitativo;
- Garantire adeguata formazione al personale sulle novità legislative in tema di trasparenza e sui temi che risultino di particolare rilevanza, mirando a fornire, per mezzo di essa, adeguati strumenti di miglioramento in grado di prevenire fenomeni di cattiva gestione;
- Proseguire nel monitoraggio dei dati, informazioni e documenti pubblicati in amministrazione Trasparente al fine di assicurare il completo rispetto della normativa in materia.

Con il coinvolgimento dei dirigenti e del personale, a vario titolo, interessato, si intende implementare il processo di maturazione culturale, attraverso l'assimilazione di comportamenti che vanno oltre il mero adempimento burocratico, per diffondere un clima etico e di alto contenuto valoriale.

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

## 2026/2028

La presente sezione, infatti, riveste un ruolo importante nell'ambito del ciclo della performance aziendale, in quanto non solo costituisce una parte dei programmi di attività dell'Azienda, ma ne consente la piena conoscibilità da parte di tutti i cittadini, anche in riferimento al loro stato di attuazione e ai risultati conseguiti.

Il collegamento esplicito tra le misure di Prevenzione della Corruzione, gli obblighi in materia di Trasparenza e gli obiettivi di Performance, sarà assicurato dall'Area Programmazione e Controllo che, assegnerà alle strutture ed ai dirigenti obiettivi specifici gestionali ed individuali riguardanti anche l'Anticorruzione e la Trasparenza, con i relativi indicatori di risultato.

### ANAGRAFICA

#### 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);
- ⊕ 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'etica e 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)

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

## 2026/2028

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.

\* \* \* \* \*

Per quanto non espressamente individuato nella presente sezione si rinvia alla Sezione 1 Anagrafica del PIAO.

### **Analisi del Contesto esterno ed interno**

#### **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 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 missione 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;

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

## 2026/2028

- 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
- pilotaggio di procedure per favoritismi
- 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.

Per quanto ivi non espressamente previsto, si rinvia alla sezione 2.1 del PIAO.

### **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

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

## 2026/2028

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 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);

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

## 2026/2028

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 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

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

## 2026/2028

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 indicate in calce al presente atto, costituendone parte integrante, ammontano a 13.

Per quanto ivi non espressamente previsto, si rinvia alla sezione 3.1 del PIAO.

### **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 processi<sup>1</sup>. 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:

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

---

<sup>1</sup> Allegate al presente Piano

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

## 2026/2028

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;

Protocollo Gestione gare sopra soglia;

Protocollo Elaborazione stipendi;

Protocollo di acquisizione del Personale a tempo determinato;

Protocollo concessione benefici;

Attraverso tali Protocolli<sup>2</sup>, 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.

---

<sup>2</sup> 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**

## **OBIETTIVO**

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

## **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

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

## 2026/2028

ed i Referenti, a relazionare sulle attività di ciascuna Unità Operativa, relativamente alle attività di prevenzione svolte nel medesimo anno, in adempimento a quanto 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).

### 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](http://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:

- agli organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze;
- all'articolazione degli Uffici, le competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili di singoli uffici;

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

## 2026/2028

- 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;
- 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-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 i cittadini, è pubblicato sul sito

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

## 2026/2028

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.

### 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 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.