



***PIANO TRIENNALE
DELLA PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE
E DELLA TRASPARENZA
2019 - 2021***

Sommario

Parte Prima – Finalità, organizzazione e obiettivi del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.)	4
a) <i>Scopo del Piano e modalità di adozione</i>	4
b) <i>Novità del presente aggiornamento e fonti normative consultate</i>	5
c) <i>Resoconto sul raggiungimento degli obiettivi strategici del triennio 2018 – 2020</i>	9
d) <i>Obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza nel triennio 2019 - 2021</i>	13
e) <i>Attori coinvolti nelle politiche di prevenzione</i>	17
Parte Seconda - La gestione del rischio: un nuovo approccio	29
a) <i>Introduzione</i>	29
b) <i>La partecipazione e supporto nel processo della gestione del rischio</i>	29
c) <i>Criticità riscontrate nella metodologia precedente</i>	30
d) <i>Il contesto esterno</i>	32
e) <i>Il contesto interno: analisi generale</i>	34
f) <i>Il contesto interno: la percezione della corruzione</i>	36
g) <i>La mappatura dei processi</i>	40
h) <i>La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione</i>	40
i) <i>Il trattamento del rischio</i>	41
j) <i>Il monitoraggio del trattamento del rischio</i>	42
k) <i>Auditing come strumento di verifica della qualità delle misure di prevenzione</i>	42
Parte terza - La trasparenza amministrativa	45
a) <i>Organizzazione dei flussi informativi: i soggetti preposti all'individuazione, all'elaborazione e alla trasmissione dei dati</i>	46
b) <i>Organizzazione dei flussi informativi: la pubblicazione informatizzata dei dati</i>	46
c) <i>Disposizioni organizzative per assicurare la regolarità dei flussi informativi</i>	47
d) <i>Performance, trasparenza e P.T.P.C.T.</i>	52
e) <i>L'accesso civico</i>	53
f) <i>Iniziative di comunicazione con i portatori di interesse nel 2018</i>	54
g) <i>Principali attività di verifica svolte nel corso del 2018</i>	55
Parte Quarta - Le misure "generali"	57
a) <i>Formazione in tema di anticorruzione</i>	57
b) <i>Codici di Comportamento</i>	61
c) <i>Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse</i>	62

d) <i>Incarichi extra-istituzionali</i>	62
e) <i>Inconferibilità – incompatibilità ex D.Lgs. n. 39/2013</i>	63
f) <i>La rotazione del personale</i>	64
g) <i>Revolving doors o pantouflage</i>	65
h) <i>Whistleblower (Sentinella Civica)</i>	67
i) <i>Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.</i>	71
Parte Quinta - Esiti del monitoraggio 2018 relativo alla prevenzione della corruzione e della trasparenza	72
a) <i>Monitoraggio della gestione del rischio</i>	72
b) <i>Monitoraggio sul trattamento del rischio</i>	73
c) <i>Monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento</i>	73
d) <i>Controlli sui procedimenti disciplinari</i>	76
e) <i>Verifica del monitoraggio sui tempi dei procedimenti</i>	78

Elenco tabelle presenti:

Tabella n. 1: Distribuzione dipendenti sottoposti a sondaggio

Tabella n. 2: Percezione del rischio all'interno degli uffici di appartenenza

Tabella n. 3: Percezione della corruzione all'interno del proprio ufficio

Tabella n. 4 processo di pubblicazione e soggetti coinvolti

Tabella n. 5: Incontri con nuove Strutture

Tabella n. 6: Incontri con Strutture già rientranti del registro dei rischi

Tabella n. 7: Monitoraggio procedimenti disciplinari

Tabella n. 8: Trend e confronto tra numero dei procedimenti avviati e numero dei procedimenti conclusi in ritardo

Allegati :

Allegato n. 1 Elenco responsabili trasmissione e pubblicazione dati obbligatori di pagg. 9

Allegato n. 2: Registro dei rischi e trattamento di pagg. 15

Parte Prima – Finalità, organizzazione e obiettivi del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.)

a) Scopo del Piano e modalità di adozione

Il P.T.P.C.T. è un documento di natura programmatica e rappresenta il documento fondamentale per la definizione della strategia di prevenzione della corruzione in Azienda.

Il P.T.P.C.T. deve essere concepito non come un documento formale, statico, compiuto e con una data di conclusione certa, ma come uno strumento in costante e continua evoluzione nella consapevolezza che i processi di miglioramento di una organizzazione sono lunghi e complessi e che è necessario affrontarli con una serie di strumenti che vengono progressivamente affinati, modificati, perfezionati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione e in base all'esperienza via via acquisita nel corso degli anni.

Il presente P.T.P.C.T. aziendale è stato elaborato in un contesto di collaborazione allargata e condivisa in cui i dipendenti e i cittadini/utenti sono stati invitati a fornire un proprio contributo alla elaborazione del documento, con suggerimenti, osservazioni e consigli, al fine di migliorare la qualità dei contenuti e aumentare i livelli di trasparenza.

Il presente Piano copre il triennio 2019 – 2021.

Viene adottato dalla Direzione Generale entro il 31 gennaio 2018 ed entro un mese dalla sua adozione verrà pubblicato nella sottosezione di Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

All'interno del P.T.P.C.T. è stata identificata la sezione relativa alla trasparenza e sono stati indicati i soggetti preposti all'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati ex D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. (All. 1).

Il P.T.P.C.T. si compone del presente documento e dei suoi allegati.

Al suo interno (o negli allegati) sono inseriti i seguenti macro contenuti:

- le misure di prevenzioni generali disposte dai PNA;
- la sezione relativa alla trasparenza;
- i rischi e le relative misure specifiche, individuate in base alle risultanze del processo della "gestione del rischio";
- i soggetti che intervengono nelle attività di prevenzione;
- i tempi e le modalità di monitoraggio effettuato per verificare il rispetto degli obblighi ivi contenuti;
- il resoconto degli obiettivi programmati nel P.T.P.C.T. 2018 – 2020;
- gli obiettivi che si vogliono raggiungere nel corso del triennio.

I principi, gli obiettivi e le misure generali e specifiche indicate nel presente Piano dovranno essere raccordati con gli altri strumenti di programmazione aziendale, in primis con il Piano della Performance.

Tutte le attività e le iniziative in materia di prevenzione e di trasparenza contenute nel presente P.T.P.C.T. presentano un minimo comune denominatore: creare un percorso di cambiamento culturale che porti a considerare i valori di trasparenza e di integrità intrinsecamente connessi ad ogni azione e decisione amministrativa per il miglioramento della qualità dei servizi e delle relazioni tra amministrazione e cittadini.

Il P.T.P.C.T. recepisce le indicazioni contenute nella Circ. n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), pag. 4, riguardo alla nozione estensiva da assegnare al significato di corruzione intesa come:

“tutte le situazioni in cui si riscontri un abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati [...] e in cui – a prescindere della rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite”.

Ne consegue che le forme di malamministrazione e di malcostume rientrano nel concetto di corruzione intaccando il principio del *“buon andamento dell’amministrazione”* (art. 97 Costituzione).

b) Novità del presente aggiornamento e fonti normative consultate

“Il principio della trasparenza impone che le informazioni destinate al pubblico o all’interessato siano concise, facilmente accessibili e di facile comprensione e che sia usato un linguaggio semplice e chiaro” (principio tratto dal Reg UE n. 679/2016). Ai fini di favorire una maggiore diffusione dei contenuti del documento e facilitarne la lettura da parte dei cittadini/utenti e dei dipendenti dell’Azienda il presente aggiornamento si è proposto di rendere il P.T.P.C.T. più snello. Infatti si è cercato di:

- Migliorare e semplificare alcuni aspetti inerenti alla procedura organizzativa e ai soggetti coinvolti delle attività della prevenzione e della corruzione e della trasparenza;
- Definire in maniera più dettagliata i compiti del RPCT;
- eliminare i dati e le informazioni riguardo le attività svolte negli anni precedenti evidenziando unicamente le attività svolte nel corso del 2018;
- stralciare i contenuti non necessari, eccessivamente formali o ridondanti presenti nei Piani Triennali precedenti;
- semplificare la metodologia della gestione del rischio dando risalto all’attività di analisi e riducendo il numero delle tabelle da compilare; introdurre una nuova metodologia rela-

tiva alla gestione del rischio più coerente con le disposizioni dei PNA e basata sulla programmazione e la progettualità delle misure;

- aggiornare i dati sull'analisi del contesto esterno – interno;
- pubblicare le schede della gestione del rischio come allegati separati dal corpo del documento;

Inoltre il presente aggiornamento ha previsto:

- il coinvolgimento degli organi di indirizzo nella predisposizione del piano, attraverso l'individuazione degli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- la conduzione delle attività di monitoraggio sull'attuazione delle misure specifiche, da intendersi come strumento di responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nell'attuazione delle misure, concependo le misure stesse e la loro applicazione come obiettivi di performance organizzativa ed individuale;
- la divulgazione dell'istituto dell'accesso civico, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016;
- l'aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale;
- la previsione di relazioni stabili con i "portatori di interesse aziendali";
- il rafforzamento della collaborazione con la S.S. Servizio Ispettivo e l'URP aziendale;
- la previsione di una collaborazione fattiva tra il RPCT con la nuova figura del *Responsabile della Protezione dei Dati – RPD*;
- la modifica della procedura relativa al dipendente che segnala illeciti (c. 51 art. 1 L. n. 190/2012);
- la modifica della procedura del pantouflage (revolving doors);
- proposte per dare avvio in concreto della rotazione del personale come misure di prevenzione generale in Azienda;
- il resoconto dei primi audit avviati per verificare sul campo il rispetto delle norme e delle misure di prevenzione;
- Il resoconto delle indagini sulla percezione della corruzione in Azienda e sul livello di conoscenza della normativa;
- le risultanze dell'analisi in dettaglio del monitoraggio dei procedimenti del 2017 – 2018;
- l'avvio di un nuovo corso di formazione regionale.

Per la predisposizione del presente documento, oltre alla L. n. 190/2012, ci si è avvalsi di fonti normative, primarie e secondarie e regolamentari, di cui si elencano le principali:

- a) D.Lgs. n. 39/2013: “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni [...]” e s.m.i;
- b) D.Lgs. n. 33/2013: “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità [...]”;
- c) Linee di indirizzo del Comitato interministeriale (istituito con D.P.C.M. 16/01/2013) del 12/3/2013 per la predisposizione da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) del Piano Nazionale Anticorruzione;
- d) Piano Nazionale Anticorruzione e relativi allegati, predisposti dal DFP e approvati dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC ex CIVIT) l’11/09/2013;
- e) D.P.R. n. 62/2013: Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici;
- f) Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali per l’attuazione dell’art. 1 commi 60 e 61 della L. n. 190/2012;
- g) Circolare n. 1/2013 del DFP: “legge n. 190 del 2012”;
- h) Del. CIVIT n. 105/2010 – n. 2/2012 e n. 50/2013: “Linee guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016” e relativi allegati;
- i) Del. CIVIT n. 71 e n. 74 del 2013 sulle attestazioni degli OIV;
- j) Del. CIVIT n. 23/2013 sulle funzioni degli OIV negli enti del SSN;
- k) Circolare n. 2/2013 della CIVIT (ora ANAC) – attuazione della trasparenza;
- l) D.Lgs. n. 150/2009;
- m) D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;
- n) L. n. 241/90 e s.m.i.;
- o) D.L. n. 90 del 24/06/2014 convertito con Legge n. 114 dell’ 11 agosto 2014;
- p) Aggiornamento 2015 al PNA (Del. ANAC n. 12/2015);
- q) PNA 2016 (Del. ANAC n. 831/2016);
- r) D.Lgs. n. 97/2016 recante “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza ...”;

- s) Deliberazione ANAC n. 241 dell'08/03/2017 "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali" come modificato dall'art. 13 del d.lgs. 97/2016";
- t) Deliberazione ANAC n. 1309 del 28.12.2016 "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co.2 del D.Lgs. n. 33/2013. Art. 5- bis, comma 6, del D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»";
- u) Deliberazione ANAC n. 1310 del 28.12.2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016";
- v) Circ. DFP n. 2/2017 "Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato";
- w) Del. ANAC n. 382 del 12/04/2017;
- x) PNA 2017 (Deliberazione ANAC n. 1208 del 22.11.2017);
- y) L. n. 179 del 30/11/2017 recante "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato";
- z) Comunicato del Presidente dell'ANAC del 20/12/2017.

Inoltre ai fini della revisione del Piano nel corso del 2018 sono stati presi in considerazione i seguenti documenti

- Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione (Deliberazione ANAC n. 1074 del 21/11/2019);
- Del. ANAC n. 840 del 02/10/2018: richieste di parere all'ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- Atto di segnalazione n. 6 del 12 dicembre 2018 concernente gli obblighi di trasmissione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e il termine per la trasmissione e la pubblicazione della relazione annuale del RPCT;

- Aggiornamento dell'Atto Aziendale della Asl3 approvato con Del. n. 239 del 19/04/2018
- Reg. UE 2016/679 e D.L.gs. n. 101/2018 di adeguamento del D.Lgs. n. 196/03 alle disposizioni del Regolamento UE.

c) Resoconto sul raggiungimento degli obiettivi strategici del triennio 2018 – 2020

Sintesi obiettivi triennio 2018 – 2020

In base all'art. 1 c. 8 della L. n. 190/2012 la Direzione Generale aveva definito gli obiettivi strategici e le finalità da perseguire, costituenti contenuto necessario ai fini dell'adozione del P.T.P.C.T. 2017 – 2019, di cui si fornisce di seguito una sintesi:

1. Rafforzamento delle attività di formazione
 - 1.1. Realizzazione di corsi in aula rivolti ai Referenti Aziendali, ai dirigenti e ai coordinatori
 - 1.2. Partecipazione di un corso in aula da parte del RPCT sul "risk management" e il sistema di auditing;
 - 1.3. Divulgazione del Codice di Comportamento da parte dei dirigenti
2. Aggiornamento del processo della "gestione del rischio":
 - 2.1. Mappatura dei processi
 - 2.2. Valutazione del trattamento del rischio
3. Aumentare il livello di trasparenza
 - 3.1. Attivazione dei registri degli accessi
 - 3.2. Promozione dell'accesso civico generalizzato;
 - 3.3. Ampliamento della comunicazione istituzionale allo scopo di comprendere eventuali criticità nell'erogazione dei servizi allo scopo di migliorarli;
 - 3.4. Adozione iniziative per aumentare il numero di documenti soggetti a pubblicità obbligatoria
4. Collegare il P.T.P.C.T. al Ciclo della Performance attraverso l'assegnazione di obiettivi organizzativi e individuali di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Attività svolte nel corso del 2018 per dare seguito agli obiettivi strategici

Di seguito si dà in estrema sintesi del raggiungimento degli obiettivi :

1. Rafforzamento delle attività di formazione

1.1 Realizzazione di corsi in aula rivolti ai Referenti Aziendali, ai dirigenti e ai coordinatori

Nel corso del 2018 non è stato possibile realizzare corsi in aula. L'attività di formazione e di assistenza nella compilazione delle schede relative alla gestione del rischio e delle altre incombenze previste è stata assolta attraverso incontri informali tra il coordinatore della prevenzione degli uffici interessati e il RPCT (o il suo staff).

1.2 Partecipazione di un corso in aula da parte del RPCT sul "risk management" e il sistema di auditing;

Il RPCT e il suo staff hanno partecipato ad un corso su due giornate organizzato da ALISA rivolto ai Responsabili della prevenzione della corruzione e ai Responsabili delle Strutture afferenti alle Aree a maggior rischio corruttivo degli enti del SSN della Regione Liguria. La sede del corso è stata individuata presso l'Ospedale Policlinico S. Martino IRCS e si è svolta in più sessioni nel periodo giugno – luglio 2018. Il corso tenuto dal Prof. Ceschel ha posto l'accento sulla gestione del rischio proponendo un approccio più pratico e operativo e dedicando la seconda parte del percorso formativo a laboratori con la partecipazione dei discenti che hanno utilizzato nuovi strumenti per l'identificazione, dei rischi e la selezione/progettazione di una misura di trattamento del rischio. Nell'anno 2018 non sono stati individuati corsi sugli audit. L'obiettivo rimane valido per il 2019.

1.3 Divulgazione del Codice di Comportamento da parte dei dirigenti

Con Del n. 305 del 28/06/2018 è stato adottato il nuovo Codice di Comportamento Aziendale. Questa nuova versione, più agile rispetto alla precedente, ha cercato di favorire una integrazione più efficace con il Codice Disciplinare, eliminando obblighi già presenti su quest'ultimo, stabilendo, specifiche sanzioni per violazioni di obblighi sulla normativa della prevenzione della corruzione e della trasparenza e semplificando, quando possibile, le parti del Codice più farraginose. Per favorire una più efficace diffusione dei contenuti del Codice è stato previsto nelle schede di budget 2018 l'obbligo da parte dei

Responsabili delle Strutture Aziendali di illustrare le novità del nuovo Codice di Comportamento ai propri dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi a partire dal mese di luglio e da concludersi entro la fine dell'anno, con la predisposizione di appositi verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 31/12/2018..

2 Aggiornamento del processo della “gestione del rischio individuando la sequenza di attività e individuando rischi non generici ma specifici e calati nel contesto di riferimento

2.1 Mappatura dei processi

Per i nuovi processi individuati come a rischio sono state utilizzate nuove tabelle più approfondite rispetto alle precedenti e che consentono un grado di approfondimento maggiore del processo scomponendolo in sotto fasi in modo da favorire l'emersione dei rischi di corruzione specifici e non generici. Queste tabelle andranno progressivamente a sostituire le tabelle utilizzate per i processi già sottoposti a mappatura

2.2 Valutazione del trattamento del rischio

Per i nuovi processi individuati come a rischio la valutazione del rischio è stata condotta in modo da fare emergere non solo l'evento corruttivo ma le modalità concrete con le quali potrebbe concretamente esplicarsi e le cause che possono favorirlo. Questo nuovo approccio sostituirà il metodo ancora in vigore per i processi già esistenti.

3 Aumentare il livello di trasparenza

3.1 Attivazione dei registri degli accessi

Nel giugno del 2018 la S.C. Affari Generali ha pubblicato il registro degli accessi (accesso atti, accesso civico semplice e generalizzato) secondo quanto richiesto dal D.Lgs. n. 97/2016. Il registro contiene l'elenco delle richieste ricevute, dell'oggetto, della data di ricezione, della risposta fornita dalla Asl e dall'esito. A fine dicembre il registro è stato aggiornato con i dati relativi alle richieste della seconda metà dell'anno. Nello stesso periodo il S.C. POU ha provveduto a raccogliere i dati relativi agli accessi delle cartelle sanitarie I registri sono consultabili all'indirizzo:

<http://www.asl3.liguria.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-nuovo/altri-contenuti-accesso-civico.html>

3.2 Promozione dell'accesso civico generalizzato;

Per favorire la conoscenza, da parte della cittadinanza e dell'utenza della Asl3, del nuovo istituto dell'accesso civico, la cui procedura risulta molto complessa rispetto al passato, è stato elaborato un documento semplificato che riassume quanto contenuto nella normativa nelle linee guida del DFP e dell'ANAC e dal Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso aziendale. Il documento è stato pubblicato sul sito web dell'Azienda alla pagina:

<http://www.asl3.liguria.it/archivio-notizie/item/1858-informazioni-utili-sull%E2%80%99accesso-civico-generalizzato.html>

3.3 Ampliamento della comunicazione istituzionale allo scopo di comprendere eventuali criticità nell'erogazione dei servizi allo scopo di migliorarli

Anche nel 2018 sono proseguiti i rapporti tra il RPCT e il Comitato Misto Consultivo, organo fondamentale di collegamento tra l'Azienda e il cittadino-utente che comprende in numero paritetico sia rappresentanti delle Associazioni di Volontariato sia rappresentanti della Asl3. In particolare il RPCT è intervenuto all'incontro del 30 maggio 2018 illustrando:

- le novità del P.T.P.C.T. 2018 - 2020 e del nuovo Codice di Comportamento Aziendale che sarebbe stato adottato formalmente il 28/06/2018 (una bozza del Codice di Comportamento con allegato il modello per eventuali segnalazioni e suggerimenti era stato trasmesso l'08/05/2018 il RPCT tramite l'URP a tutti i componenti esterni del CMC
- il contenuto del registro dei rischi con l'indicazione dei principali processi a rischio
- Gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2018 – 2020 dando conto dei risultati raggiunti

Inoltre, così come avvenuto nel 2017, l'incontro è stata l'occasione per il RPCT per essere direttamente informato dei problemi e delle criticità segnalate dai portatori di interesse, che serviranno da spunto per rintracciare delle nuove aree di possibile rischio di corruzione.

3.4 Adozione iniziative per aumentare il numero di documenti soggetti a pubblicità obbligatoria in formato aperto

Nel corso del 2018, per aumentare il numero di dati/documenti in formato aperto (così come definito dal c. 35 della L. n. 190/2012) tutte le richieste di pubblicazione su "Amministrazione Trasparente", da parte delle Strutture aziendali che inviavano file in for-

mati chiusi, sono stati respinti; le strutture interessate sono state invitate a ritrasmettere i dati salvandoli nei formati individuati dall’Agenzia per l’Italia Digitale (art. 68 c. 4 D.Lgs. n. 82/2005) come ad esempio: .csv, .odt, .ods, .pdf (non immagine). Nel contempo è stato contattato il S.C. SIA per chiedere la disponibilità a installare nelle macchine degli addetti alla trasparenza dei singoli uffici (coordinatori/facilitatori), software open – source per garantire un utilizzo sempre più efficace del formato aperto. I software saranno installati nel corso del 2019.

4 Collegare il P.T.P.C.T. al Ciclo della Performance attraverso l’assegnazione di obiettivi organizzativi e individuali di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

La normativa e le linee guida ANAC hanno posto l’accento sull’importanza di collegare la performance e la prevenzione della corruzione attraverso il riferimento a obiettivi, indicatori relativi ai risultati da perseguire in materia di prevenzione della corruzione.

Di conseguenza, come del resto già avvenuto l’anno precedente anche per il 2018 a tutti gli uffici appartenenti alle aree a rischio della Asl3 sono stati assegnati obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Gli obiettivi sono stati sia specifici, in base alle peculiarità e alle specificità riscontrate, sia di carattere generale obiettivi cioè che hanno riguardato trasversalmente tutte le strutture come ad esempio l’attivazione della procedura organizzativa costituita da una rete di Referenti e di Coordinatori/facilitatori che riferiscono al RPCT le criticità e le attività svolte dai vari dirigenti aziendali.

d) Obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza nel triennio 2019 - 2021

Gli obiettivi strategici relativi al triennio 2019 – 2021 sono stati definiti dal Direttore Generale in base all’art. 1 c. 8 della L. n. 190/2012 è tenuto conto degli obiettivi strategici precedenti. La loro individuazione è avvenuta con nota prot. n. 2976 dell’08/01/2019.

1) **Rafforzamento delle attività di formazione anche sulla base dei risultati del questionario anonimo consegnato tramite la S.S. Servizio Ispettivo e Attività Extra – Istituzionali del Personale nel corso del biennio 2017 - 2018:**

- a. Partecipazione a corsi di aggiornamento da parte del RPCT e del suo staff con particolare riferimento al “risk management” e alle attività di auditing.

- b. Realizzazione di corsi in aula rivolti ai Referenti Aziendali, ai dirigenti, ai coordinatori e ai componenti dei gruppi di lavoro sulla normativa, sull'assetto organizzativo interno e sulle modalità di svolgimento dell'attività della gestione del rischio e dell'auditing.
- c. Attivazione e frequentazione da parte dei dipendenti del corso FAD regionale: "la Legge n. 190 i piani e le misure anticorruzione" realizzato da ALISA sulla base del materiale didattico predisposto dai Responsabili della Prevenzione degli Enti sanitari della Regione Liguria.

2) Aggiornamento della gestione del rischio sulla base dei concetti e della metodologia introdotta durante il percorso formativo "la strategia anticorruzione alla luce dei più recenti interventi legislativi. Guida alla predisposizione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione", che ha avuto luogo nel 2018 con la partecipazione di tutti i dirigenti di questa Asl3 rientranti nelle aree a rischio:

- a. **Mappatura del processo:** individuazione dell'origine del processo (input), il risultato atteso (output), le fasi del processo, eventualmente avvalendosi della mappatura dei processi già in atto finalizzata alla certificazione e alla reingegnerizzazione dei processi aziendali
- b. **Valutazione e trattamento del rischio:** individuazione di rischi, avendo cura di distinguere l'evento rischioso dalle modalità di comportamento che lo rendono possibile e dai fattori abilitanti (causa del rischio).
- c. **Trattamento del rischio:**
 - Individuazione delle misure già esistenti (analisi as is)
 - Analisi di efficacia e sostenibilità delle misure esistenti
 - Eventuale selezione e progettazione di misure più efficienti ed efficaci di prevenzione della corruzione .

3) Prosecuzione dell'attività di "internal auditing", in collaborazione con il S.S. Servizio Ispettivo e Attività Extra – Istituzionali del Personale quale strumento per rafforzare il sistema dei controlli finalizzati alla prevenzione del rischio corruzione:

- a. Identificazione dei processi e delle Strutture Aziendali da assoggettare a verifica
- b. Applicazione del sistema di auditing così come definito dal S.S. Servizio Ispettivo e Attività Extra – Istituzionali del Personale nel corso del 2018 (preventiva analisi della documentazione richiesta alle Strutture, verifica sul campo, incontri con il personale coinvolto, stesura e trasmissione verbale).

4) Promozione di un maggior livello di trasparenza:

- a. In collaborazione con l'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP proseguire nelle attività di comunicazione e di confronto con i portatori di interesse anche allo scopo di comprendere esigenze ed eventuali criticità al fine del miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi.
- b. Aumentare il numero dei documenti in formato aperto da pubblicare su "Amministrazione Trasparente" adottando adeguate iniziative per aumentare il numero di documenti, soggetti a pubblicità obbligatoria, in formato aperto ex art. 7 D.Lgs. n. 33/2013.
- c. Migliorare la qualità e la completezza dei dati contenuti nei registri degli accessi adottando conseguenti misure organizzative.
- d. Migliorare la qualità e la comprensibilità dei dati relativi ai tempi dei procedimenti amministrativi.

5) Collegamento P.T.P.C.T. con il ciclo della Performance:

- a. In sede di discussione di budget definire specifici obiettivi di trasparenza e di prevenzione della corruzione delle strutture aziendali più esposte a rischio di corruzione, diversificati avendo riguardo alla realtà e criticità degli uffici.
- b. Tra gli obiettivi dovrà essere inserita anche l'applicazione delle specifiche misure di prevenzione individuate dalle singole strutture.
- c. Individuazione da parte dei dirigenti di obiettivi individuali di prevenzione della corruzione e di trasparenza per i propri collaboratori.

6) Entro il 2019 nomina di un OIV (in sostituzione dell'attuale N.d.V, in scadenza al 31/12/2019) attraverso una procedura comparativa secondo le indicazioni fornite dall'art. 14 D. Lgs. 150/2009, dal D.P.R. 9.5.2016 n. 105 e dal D.M. 2.12.2016 affinché in futuro possa essere coinvolto in maniera concreta nelle attività di prevenzione della corruzione e di trasparenza e in supporto al RPCT. In particolare l'OIV dovrà:

- a. Verificare della coerenza tra gli obiettivi previsti nella sezione della trasparenza e quelli indicati nel Piano della Performance.
- b. Fornire supporto al RPCT nella valutazione delle misure ulteriori nell'ambito del processo gestione del rischio.
- c. Attestare l'esistenza di misure organizzative per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi ai fini della pubblicazione dei dati nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente".

7) Dare avvio ad una graduale applicazione della rotazione ordinaria come misura di prevenzione generalizzata, partendo dalla rotazione dei dirigenti attraverso:

- a. Una preventiva mappatura degli uffici più esposti al rischio e conseguentemente da sottoporre a rotazione
- b. L'individuazione della periodicità della rotazione indicandone la tipologia (funzionale o territoriale).
- c. Una analisi delle cause organizzative esistenti in Azienda che stanno ostacolando una diffusa e concreta applicazione di questa misura (come ad esempio infungibilità delle funzioni dirigenziali, assenza di funzioni vicarie all'interno della stessa Struttura, esiguità del numero dei dirigenti, dimensione degli uffici/strutture)
- d. Una proposta di interventi efficaci atti a rimuovere gli ostacoli organizzativi attualmente presenti (graduale inserimento di nuove figure dirigenziali, compatibilmente con le disponibilità di Bilancio) .

e) Attori coinvolti nelle politiche di prevenzione

a) Ruolo della Direzione Generale

Il Direttore Generale individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Inoltre, con le modifiche introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 all'art. 1 c. 8 della L. n. 190/2012:

“l'organo di indirizzo [il Direttore Generale] definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno e ne cura la trasmissione all'Autorità Nazionale Anticorruzione”.

La Direzione Generale riceve la relazione, di cui all'art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012, predisposta dal RPCT. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda il RPCT è tenuto a riferire le attività svolte nel corso dell'anno.

b) Nomina e compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il RPCT è considerato il soggetto fondamentale “in grado di far girare il meccanismo della prevenzione nell'ambito dell'amministrazione” (Circ. DFP n. 1/2013. Svolge il ruolo di coordinamento e di impulso delle politiche di prevenzione all'interno dell'ente. “[...] il cardine dei poteri del RPCT è centrato proprio sul prevenire la corruzione – ossia sulla adeguata predisposizione degli strumenti interni all'amministrazione (PTPC e relative misure di prevenzione ivi compresa la trasparenza) per il contrasto dell'insorgenza di fenomeni corruttivi intesi in senso ampio e sulla verifica che ad essi sia stata data attuazione effettiva- e che i poteri di controllo e di verifica di quanto avviene nell'amministrazione sono funzionali a tale obiettivo” (Del. ANAC n. 840/2018, pag. 8)

Con specifico provvedimento il Direttore Generale ha nominato il RPCT.

Tra i compiti individuati dalla L. 190/2012 è prevista:

- l'elaborazione in via esclusiva della proposta del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (art. 1 c. 8)

- eventuali segnalazioni all'organo di indirizzo e all'OIV/NdV di "disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza" (art. 1 c. 7)
- la verifica dell'efficace attuazione del PTPCT (art. 1 c. 10)
- un attività di controllo sugli obblighi di pubblicità in capo ai dirigenti (art. 43 D.Lgs. n. 33/2013)
- la cura la diffusione della conoscenza dei Codici di Comportamento e il monitoraggio della loro attuazione (art. 15 c. 3 DPR n. 62/2013)
- la vigilanza sul rispetto delle disposizioni sulle inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi (art. 15 D.Lgs. n. 39/2013)

Nell'ambito delle sue competenze il RPCT secondo l'art. 8 del Codice di comportamento Aziendale, può "in ogni momento, verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono costituire – anche solo potenzialmente – atteggiamenti corruttivi o comunque non conformi ai principi di legalità e trasparenza"

Per la realizzazione dei compiti assegnati al RPCT è di fondamentale importanza la collaborazione come, tra l'altro, sancita dal PNA 2015:

"la collaborazione [dei dirigenti] per consentire al RPC e all'organo di indirizzo che adotta il PTPC di definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo entro tempi chiaramente definiti è fondamentale. La principale correzione da apportare al PTPC è quella di individuare e programmare le misure in termini di precisi obiettivi da aggiungere da parte di ciascuno degli uffici coinvolti anche ai fini della responsabilità dirigenziale" (pag. 13, PNA 2015).

Per realizzare le politiche di prevenzione la Circ. n. 1/2013 del Dipartimento del DFP (Dipartimento Funzione Pubblica) dispone:

che tutte le unità organizzative [dell'ente] forniscano il loro apporto collaborativo al responsabile della prevenzione.

Il RPCT può, altresì, chiedere la collaborazione a dipendenti di altri uffici anche in base a quanto disposto all'art. 1 c. 9 lett. c) della L. n. 190/2012:

prevedere [nei P.T.P.C.] obblighi di informazione nei confronti del responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano.

La collaborazione è, infatti, fondamentale per consentire al RPC di definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo entro tempi chiaramente definiti.

c) Nomina e ruolo dei Referenti

Premessa

Per l'applicazione delle politiche di prevenzione è pertanto imprescindibile una stretta collaborazione da parte di tutta l'organizzazione.

Per questa ragione il presente documento recepisce le indicazioni della Circ. n. 1 del DFP sull'opportunità di nominare dei Referenti per la Prevenzione a sostegno dell'attività del Responsabile. Il ruolo dei referenti, così come precisato nel PNA, si caratterizza nel fatto di porsi come "intermediari" tra il RPCT ed i dirigenti. I Referenti informano il Responsabile sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione, "monitorando l'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale" (All.to 1 del PNA pag. 7).

Si ritiene utile riportare uno stralcio del PNA relativo al ruolo dei referenti: "nel P.T.P.C. devono essere individuati gli eventuali referenti (circolare n. 1 del 2013) e gli altri soggetti nell'ambito dell'amministrazione che sono tenuti a relazionare il responsabile. Il P.T.P.C. può stabilire confronti periodici per relazionare al responsabile, fatte salve le situazioni di urgenza".

I Referenti della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza possono essere considerati gli anelli di congiunzione tra il RPCT e gli uffici rientranti nelle aree a rischio: i dirigenti hanno il compito di svolgere il processo del rischio all'interno dei propri uffici, mentre i Referenti coordinano le attività di analisi delle singole strutture, verificano e assemblano i dati trasmettendo al RPCT una tabella riassuntiva e complessiva di tutte le attività a rischio.

Di seguito si elencano in dettaglio attività in capo ai Referenti:

- coordinano le attività ed i compiti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione dei dirigenti subordinati, fornendo al Responsabile della Prevenzione tutte le informazioni ed i dati delle strutture inserite nel Dipartimento da loro diretto, necessarie per la concreta applicazione delle misure anticorruzione;
- relazionano il Responsabile almeno con cadenza annuale sull'attività dell'amministrazione e sul rispetto dell'applicazione delle norme contenute nel PTPCT e dei Codici di Comportamento da parte dei Dirigenti assegnati agli uffici sotto ordinati anche attraverso la compilazione di un apposito questionario predisposto dal RPCT che comprenda tutte le attività svolte dalle strutture afferenti al Dipartimento;

- trasmettono al RPCT, per il tramite dei coordinatori (facilitatori) (vedi successiva lett. d)), i risultati e i dati relativi alla gestione del rischio corruzione e del monitoraggio del trattamento del rischio di tutte le strutture appartenenti al proprio Dipartimento, avendo cura di accorparli in un'unica tabella che racchiuda tutti i processi/procedimenti del Dipartimento.
- provvedono al costante monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012 e all'aggiornamento dei procedimenti amministrativi ex art. 35 D.Lgs. n. 33/2013, accertandosi che su Amministrazione Trasparente siano presenti tutti i procedimenti delle strutture afferenti al proprio Dipartimento suddivise in due tabelle (procedimenti di ufficio e di parte);
- adottano adeguate misure organizzative al fine di ricevere da parte dei propri dirigenti sotto - ordinati, tutti i dati a pubblicità obbligatoria di competenza del proprio Dipartimento;
- verificano che tutti i Dirigenti responsabili di struttura abbiano provveduto a:
 - indicare le sotto-sezioni di "Amministrazione Trasparente" di propria competenza;
 - pubblicare i dati soggetti a pubblicazione obbligatoria;
 - individuare i soggetti tenuti alla trasmissione dei dati a redazione.sito.
- individuano il coordinatore (facilitatore) della prevenzione afferente al proprio dipartimento/struttura (vedi lett. e));
- si accertano che all'interno di ogni struttura afferente al proprio dipartimento/struttura venga svolto il processo della gestione del rischio, secondo i criteri previsti dal PNA, dal P.T.P.C.T. e dal RPCT;
- si accertano che all'interno degli uffici siano costituiti ed organizzati appositi gruppi di lavoro per garantire la massima partecipazione possibile nelle attività di individuazione dei rischi e di predisposizione delle misure di contenimento degli stessi;

I nuovi Referenti aziendali saranno individuati dal RPCT nel corso del I trimestre del 2019.

d) Ruolo dei dirigenti

Il compito fondamentale assegnato ai dirigenti è previsto da l'art. 16 comma 1 lett. 1-bis, 1-ter, 1-quater) del D.Lgs. n. 165/2001, secondo cui i dirigenti collaborano per l'individuazione dei rischi di corruzione, per proporre adeguate misure di prevenzione e per monitorare la loro effettiva applicazione

L'individuazione dei rischi e delle misure deve avvenire attraverso un'attività di analisi meditata e partecipativa. Di conseguenza ai dirigenti è richiesto di avvalersi del proprio personale e di costituire apposito/i gruppo/i di lavoro sovrintendendone le attività e i lavori.

Nello specifico i dirigenti:

- individuano un proprio coordinatore della prevenzione della corruzione e della trasparenza (vedi punto e)) e identificano i soggetti competenti alla trasmissione dei dati previsti a pubblicità obbligatoria a redazione.sito;
- verificano la presenza, la correttezza, la completezza, l'aggiornamento, l'integrità, la semplicità di consultazione, l'omogeneità, la riutilizzabilità dei dati soggetti a pubblicità obbligatoria ex D.Lgs. n. 33/2013 di propria competenza verificandone altresì che siano in formato aperto;
- accertano che la trasmissione dei dati a redazione.sito avvenga secondo la procedura prevista nella sezione "trasparenza" del presente P.T.P.C.T.;
- attivano procedimenti disciplinari di propria competenza, o richiedono all'UPD l'attivazione di procedimento disciplinari in caso di violazioni disciplinari o dei Codici di Comportamento;
- trasmettono copia dei suddetti codici ai soggetti terzi che collaborano alle attività della propria struttura;
- ottemperano agli obblighi di cui agli artt. 4, 5, 6, 7 e 13 del Codici summenzionati;
- gestiscono le segnalazioni di illecito (whistleblower) come previsto nella parte Quarta;
- monitorano il rispetto della puntuale trasmissione dei tempi dei procedimenti;
- applicano la rotazione straordinaria del personale (art. 55 – bis D.Lgs. n. 165/2001);
- rispettano le procedure relative al revolving doors.

Inoltre se i dirigenti hanno un proprio Referente della Prevenzione della corruzione:

- garantiscono un adeguato sostegno ai Referenti riguardo a tutti i compiti loro assegnati, sulla trasparenza amministrativa e sulla prevenzione della corruzione, come indicato alla lett. c);
- trasmettono al Referente le schede della gestione del rischio del proprio ufficio quelle relative ai tempi dei procedimenti;
- inviano i dati al proprio Referente sull'attività svolta nel corso dell'anno in modo che questi possano compilare il Questionario sul rispetto e dell'applicazione delle norme contenute nel PTPCT e nei Codici di Comportamento;
- comunicano al proprio Referente il proprio Coordinatore /facilitatore.

nb. Se i dirigenti non hanno un proprio Referente trasmettono i dati, le tabelle e garantiscono tutte le informazioni di cui ai quattro punti precedenti, direttamente al RPCT.

e) Coordinatori (facilitatori) tra il RPCT ed i Referenti e dirigenti delle aree a rischio corruzione

Per rendere più snello ed efficace il coordinamento tra il RPCT e i Referenti e tra questi e i responsabili di struttura rientranti nelle aree a rischio, sono state individuate due figure di collegamento denominati *coordinatori (o facilitatori)* scelti tra quei dipendenti forniti di esperienza al fine di trattare gli aspetti operativi connessi agli obblighi relativi alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione, alla gestione del rischio e per le attività di supporto nelle attività di monitoraggio e di informare i Referenti/Dirigenti su problemi, criticità riscontrate. Lo scopo dell'introduzione di queste figure è volta, da un lato, ad agevolare e velocizzare le procedure e i tempi degli adempimenti, snellendo i compiti dei dirigenti e dei Referenti, i quali, pur rimanendo responsabili delle attività di prevenzione e della trasparenza delle proprie strutture, sono sgravati da compiti meramente operativi; dall'altro, a rendere più omogenee, tra gli uffici, le attività di prevenzione.

Queste figure si dividono in:

- 1) **I coordinatori dei Referenti:** nominati da questi ultimi, in sintesi si occupano di raccogliere e rendere omogenei i dati relativi alla gestione del rischio, ai monitoraggi e agli altri adempimenti di tutte le strutture del Dipartimento e, una volta acquisito l'assenso del proprio Referente di trasmetterli al RPCT. In particolare i coordinatori (facilitatori) di Dipartimento hanno il compito di aiutare il

Referente nella programmazione dei monitoraggi interni e nella trasmissione al RPCT delle relative relazioni a riscontro della suddetta attività di controllo, trasmettendo via mail (prev.corr@asl3.liguria.it) i documenti e le relazioni richieste.

- 2) **I coordinatori dei dirigenti** delle strutture aziendali afferenti ai Dipartimenti, che si occupano di raccogliere i dati relativi alle attività dei singoli uffici inviandoli al coordinatore del Dipartimento. In particolare i coordinatori (facilitatori) delle varie strutture sono chiamati a tenere i contatti con i gruppi di lavoro e con i soggetti che trasmettono i dati per la pubblicazione su “Amministrazione Trasparente”, a raccogliere i dati della gestione del rischio, dei monitoraggi e dei vari adempimenti richiesti ai singoli uffici e, una volta acquisito l’assenso del proprio dirigente, a trasmetterli al coordinatore dipartimentale.

E’ rimessa alla discrezione dei Referenti/Dirigenti la possibilità di individuare un unico coordinatore per l’anticorruzione e la trasparenza ovvero suddividere i compiti su due soggetti. Normalmente la scelta dovrebbe ricadere sul personale del comparto ma è possibile individuare anche figure dirigenziali.

E’ importante ribadire che il coordinatore (facilitatore), occupandosi di dare supporto al Referente sulle attività di prevenzione e aiutarlo nell’organizzare, all’interno della struttura, le attività di prevenzione, non ha il compito di «fare» tutto il lavoro connesso alla prevenzione della corruzione e di assolvere agli obblighi di pubblicità previsti dalle norme sulla trasparenza amministrativa; infatti la responsabilità ricade sempre sui Referenti/Dirigenti che devono elaborare le attività di analisi richieste coinvolgendo il proprio personale attraverso appositi gruppi di lavoro. Il compito dei coordinatori, invece, è quello di facilitare il dialogo interno ed esterno per fare in modo che le incombenze siano adempiute nei tempi previsti e secondo le modalità e le procedure stabilite.

f) Ruolo del Nucleo di Valutazione

La Del. n. 23/2013 dell’Autorità Anticorruzione ha chiarito che gli enti del SSN non hanno l’obbligo di istituire gli Organi Indipendenti di Valutazione (OIV) “stante il mancato rinvio dell’art. 16 c. 2 del D.Lgs. n. 150/2009”. Tuttavia rimane in capo ad ogni ente pubblico il dovere di assolvere alle funzioni ad essi assegnate dalla legge, sia nel campo della prevenzione della corruzione sia in quello della trasparenza amministrativa.

Con deliberazione n. 905 del 22/12/2016, è stato individuato il Nucleo di Valutazione Aziendale (N.d.V.), al quale sono state assegnate le funzioni proprie dell’OIV.

Il N.d.V.:

- riceve le segnalazioni del RPCT relative ai casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nella sezione della trasparenza e l'integrità e quelli indicati nel Piano della Performance;
- svolge attività di vigilanza dei Codici assicurando il coordinamento tra il contenuto dei codici ed il sistema di misurazione e valutazione della Performance;
- fornisce supporto al RPCT nell'ambito del processo denominato: "gestione del rischio";
- esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento interno;
- attesta la coerenza della pubblicazione dei dati obbligatori ex D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i..

Con il PNA 2016 sono state ampliate le competenze e le funzioni di questo organo.

Infatti, la recente modifica alla L. n. 190/2012 intervenuta con l'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016 prevede che il N.d.V.:

- verifichi la coerenza dei Piani triennali (P.T.P.C.T.) con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale dell'Azienda;
- tenga presente, nell'ambito della misurazione e valutazione delle performance, sia organizzativa sia individuale, gli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verifichi il contenuto della relazione sulla performance in base agli obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Secondo le indicazioni del PNA 2017 il NdV sarà chiamato ad attestare l'effettiva esistenza di misure organizzative per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi ai fini della pubblicazione dei dati nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente".

Nel 2017 il NdV ha attestato la veridicità e l'attendibilità dei dati pubblicati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" rispetto al D.Lgs. n. 33 e s.m.i., secondo le indicazioni fornite dalla Del. ANAC n. 1310/2016 con documento di attestazione del 13/04/2017". Si rinvia ai P.T.P.C.T. precedenti per l'elenco delle attività svolte dal suddetto organo nel corso del periodo 2013 – 2017.

g) Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)

Questa Azienda già da tempo ha provveduto ad istituire l'ufficio deputato allo svolgimento dei procedimenti disciplinari (art. 55-bis D.Lgs. n. 165/2001) e alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 331 c.p.p.).

Alla luce di quanto previsto dal Codice di Comportamento Nazionale, approvato con DPR n. 62/2013, si evidenzia che l'U.P.D. Aziendale:

- cura e propone, sulla base degli esiti di cui all' art. 55-bis D.Lgs. n. 165/2001, l'aggiornamento del Codice di Comportamento, con la supervisione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- tiene la raccolta delle segnalazioni delle condotte illecite e sanzionate con particolare riguardo alle violazioni dei Codici predisponendo, con cadenza periodica secondo le indicazioni del RPCT le schede annuali nelle quali vengono diffusi in forma anonima, i seguenti dati:
 - tutte le segnalazioni pervenute di possibili violazioni del Codice di Comportamento e di quello Disciplinare;
 - tutti i procedimenti disciplinari che hanno avuto luogo in Azienda, con specifica evidenza di quelli che prefigurano violazioni penali e dei procedimenti disciplinari legati a fatti di corruzione, con indicazione del codice penale violato;
 - le aree, le strutture in cui si sono verificate le suddette violazioni e le sanzioni irrogate;
- attiva il relativo procedimento disciplinare in caso di violazione dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001
- fornisce, in raccordo con il RPCT, assistenza e consulenza ai dipendenti in materia di corretta attuazione e applicazione delle norme del Codice di Comportamento.

h) Tutti i dipendenti

I dipendenti sono chiamati ad osservare con scrupolo le disposizioni riportate nel presente P.T.C.P.T., così come richiesto dalla L. n. 190, art. c. 14, in particolare:

- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T.;

- segnalano al proprio Responsabile di Struttura le situazioni di illecito ai sensi dell'art. 54 – bis del D.Lgs. n. 165/2001;
- osservano le misure previste dagli artt. 4, 5, 6 e 7 del Codice di Comportamento ex DPR. n. 62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale.

Inoltre, coloro che svolgono attività rientranti tra quelle a rischio corruzione:

- danno il proprio contributo al processo della gestione del rischio, con compiti e mansioni assegnate dal proprio responsabile, in accordo con il Referente aziendale, attraverso la partecipazione di appositi gruppi di lavoro (infatti, senza una fattiva partecipazione del personale nella gestione del rischio, l'attività di prevenzione perde la sua efficacia);
- relazionano il proprio Dirigente in merito al rispetto dei tempi procedurali e a qualsiasi anomalia accertata, indicando per ciascun procedimento, che ha comportato sfioramento dei termini fissati, le motivazioni, in fatto ed in diritto, che giustificano il ritardo, ai sensi dell'art. 3 della L. n. 241/1990.

i) Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, presente sul territorio in sei sedi, si pone come primo punto di ascolto e informazione dei cittadini. Si occupa anche dell'attività di tutela ossia della gestione di tutti i reclami ed elogi, proposti da utenti direttamente o tramite associazioni di volontariato, inerenti i servizi svolti e/o di pertinenza dall'Asl3 e tramite i vari canali di comunicazione (mail o protocollo generale). L'attività dei reclami riguarda tutte le segnalazioni pervenute all'Azienda sia a carattere sanitario sia tecnico-amministrativo e viene gestita mediante richiesta alle Strutture Complesse e Semplici, ai Dipartimenti e ai Distretti competenti per la fattispecie del reclamo stesso. Tramite i reclami si esplicano anche le conseguenti proposte di miglioramento alla Direzione riguardo alle aree rilevate critiche e nel coordinamento dei rapporti con le Associazioni di Volontariato e il Terzo Settore, anche tramite il loro coinvolgimento nel Comitato Misto Consultivo aziendale, organismo obbligatorio ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 502/1992.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico assume un ruolo sempre più importante nei rapporti con la cittadinanza anche in riferimento alle politiche di prevenzione alla corruzione. Inoltre, con l'introduzione dell'accesso civico generalizzato ex D.Lgs. n. 97/2016, l'invio delle richieste dei cittadini può avvenire anche tramite la consegna manuale alle sedi URP aziendali (sempre firmate ed accompagnate da fotocopia di un documento di identità in corso di validità), che provvederanno a scansionare la

richiesta e ad attribuire un protocollo generale per l'avvio della procedura del reclamo/segnalazione/elogia.

l) I portatori di interesse (stakeholder)

Ciascuno Stato Parte, nei limiti dei propri mezzi e conformemente ai principi fondamentali del proprio diritto interno, prende le misure appropriate volte a favorire la partecipazione attiva, nella prevenzione della corruzione e nella lotta contro tale fenomeno, di persone e di gruppi non appartenenti al settore pubblico, quali la società civile, le organizzazioni non governative e le comunità di persone, misure volte inoltre a sensibilizzare maggiormente il pubblico sull'esistenza, le cause e la gravità della corruzione e sulla minaccia che questa rappresenta (art. 13 Convenzione delle Nazioni Unite sulla corruzione Titolo II).

Uno degli scopi fondamentali delle politiche di prevenzione è quello di fare emergere i fatti di corruzione o di cattiva amministrazione. Secondo l'Europa il raggiungimento di questo obiettivo è attuato anche col concorso di soggetti esterni all'amministrazione, ai cittadini, agli utenti, agli assistiti nel caso del SSN.

I Portatori di Interesse o Stakeholder di Asl3 sono tutti gli attori o gruppi attivamente coinvolti, a vario titolo, nelle attività dell'organizzazione. Nello specifico sono da considerarsi stakeholder dell'Azienda le seguenti categorie: i Cittadini fruitori dei servizi sanitari, i Familiari, le Associazioni di volontariato, le Associazioni di Malattia, le Associazioni dei Consumatori, gli Enti pubblici e Istituzioni, i Sindacati, i Patronati, i Media, gli Ordini Professionali, i Dipendenti dell'Azienda sanitaria, le Pubbliche Assistenze, i Fornitori, le Strutture Pubbliche e Convenzionate, gli Studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari. Le associazioni dei malati sono rappresentate nel C.M.C. con il quale l'Azienda ha attivato canali di comunicazione permanenti.

m) Servizio Ispettivo e Attività extra – istituzionale del Personale

L'attività del Servizio Ispettivo e Attività extra-istituzionali del Personale (S.I.) accerta l'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità del rapporto di lavoro a tempo pieno e a tempo parziale, del corretto svolgimento di attività libero – professionale intra ed extra muraria, nonché all'applicazione del divieto di cumulo di impieghi e incarichi di cui all'art. 1, commi 5, da 56 a 62 e 123 della L. n. 662/1996 e s.m.i. Il S.I. svolge attività di controllo sulla base delle disposizioni di legge e su richiesta della Direzione Aziendale.

In considerazione dello stretto legame che sussiste tra la funzione della prevenzione della corruzione e quella svolta dal S.I., con Del. n. 643 del 20/11/2015, questa Azienda ha ravvisato la necessità di raccorderle strettamente; di conseguenza, a far data dal 1 dicembre 2015, è stato disposto che al RPCT fosse affidato il coordinamento delle due funzioni “al fine di assicurare un’azione sinergica atta a garantire un adeguato livello di trasparenza e legalità nel rispetto delle disposizioni previste in materia di prevenzione della corruzione, di trasparenza e di integrità”.

Dall’anno 2018 si occupa anche del coordinamento dell’attività di auditing che verrà proseguita anche nel 2019.

Il S.I. è altresì chiamato a collaborare con il RPCT nell’ambito della procedura di verifica di eventuali fatti illeciti denunciati dal whistleblower.

n) RASA

“Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell’inserimento e dell’aggiornamento annuale degli elementi identificativi della SA [stazione Appaltante] stessa [...] L’individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione” (PNA 2016, pag. 22).

L’attuale RASA della Asl3 è l’Ing. Francesco Zampini.

o) I collaboratori/consulenti esterni

Questa Azienda recepisce una delle principali novità introdotte dal D.P.R. n. 62/2013 all’art. 2 comma 3, nella parte in cui si dispone il coinvolgimento degli obblighi previsti dal codice generale “a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell’amministrazione”.

m) Responsabile della Protezione dei Dati – RPD

Il Responsabile della Protezione dei Dati – RPD, figura introdotta dal Regolamento UE n. 679/2016 ha il compito valutare e organizzare la gestione del trattamento di dati personali, e dunque la loro protezione, all’interno di un’azienda, di un ente o di una associazione, affinché questi siano trattati in modo lecito e pertinente. Di

conseguenza è necessario stabilire una stretta collaborazione tra questo soggetto e il RPCT per garantire che i dati pubblicati su “Amministrazione Trasparente” rispettino la normativa sulla privacy.

Tale forma di collaborazione è ancor più auspicabile qualora venissero presentate delle istanze di riesame di decisioni sull’accesso civico generalizzato, a seguito di richiesta negata o differita a tutela della riservatezza. In tali situazioni, come prevede la norma, il RPCT è chiamato a pronunciarsi dopo aver sentito il Garante della Privacy. In questi casi si ritiene opportuno che il RPCT informi prima il RPD per avere un supporto e un parere.

Parte Seconda - La gestione del rischio: un nuovo approccio

a) *Introduzione*

Il P.T.P.C. non è un documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l’individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione (PNA, pag. 11).

La gestione del rischio è lo strumento che consente di individuare delle misure specifiche di prevenzione partendo da una preventiva analisi dei rischi connessi ai processi

Si compone delle seguenti fasi:

- Analisi del contesto (esterno – interno)
- Mappatura dei processi
- Valutazione del rischio
- Trattamento del rischio (e successivo monitoraggio).

b) *La partecipazione e supporto nel processo della gestione del rischio*

Questa Azienda ha portato eseguito il processo della gestione del rischio secondo i seguenti principi improntati alla collaborazione e alla partecipazione:

- Costante comunicazioni tra il RPCT, i Referenti, i Dirigenti Responsabili delle strutture/uffici a rischio e i loro coordinatori/facilitatori

- utilizzo di un approccio bottom – up basato quindi sulla partecipazione e sull’ascolto delle esperienze dei dipendenti che concretamente operano nei settori più sensibili. Tutti i Referenti sono stati invitati a incentivare, all’interno delle strutture dei propri dipartimenti, l’utilizzo di appositi gruppi di lavoro, composti da personale non solo amministrativo, ma anche tecnico e sanitario, per valutare insieme quali siano le attività più soggette a rischio, individuando rischi e misure non astratte ma fattibili, concrete e programmate. Si vuole evitare che il processo del rischio si riduca ad una mera compilazione di tabelle svolta dal dirigente o da un amministrativo ma venga inteso come una autoanalisi delle proprie attività che coinvolga più persone possibili;
- concreto supporto ai singoli uffici e ai gruppi di lavoro, per l’espletamento e la compilazione delle schede relative alla gestione del rischio mediante la trasmissione di apposite slide informative e partecipando agli incontri dei gruppi di lavoro per collaborare allo svolgimento delle analisi dei rischi.

c) Criticità riscontrate nella metodologia precedente

La metodologia fino ad ora utilizzata da questa Azienda, basata sulle indicazioni dei PNA e sull’utilizzo di schemi predisposti dal RPCT è stata descritta nei PTPCT ai quali si rinvia per un approfondimento. Nel corso del 2018 questo metodo è stato oggetto di una analisi critica per verificarne la reale efficacia, la corrispondenza alle indicazioni che nel corso del tempo sono state fornite dall’ Anac anche sulla base di quanto appreso nel corso dell’attività aggiornamento formativo.

Di seguito si riportano in sintesi gli elementi più importanti che necessitano di essere modificati:

	Fasi del processo della gestione del rischio	Criticità riscontrata all’interno del processo del rischio aziendale	Correttivi proposti
1)	<i>Analisi del contesto esterno/interno</i>	<i>Analisi del contesto esterno: carente; analisi del contesto interno: mancante</i>	<i>Introdurre l’analisi SWOT come strumento di pianificazione strategica per valutare punti di forza, di debolezza, opportunità, e minacce di un processo</i>
2a)	<i>Mappatura dei processi</i>	<i>Molto spesso i processi coincidono con i procedimenti. Manca l’indicazione degli elementi fondamentali da analizzare:</i>	<i>Inserire le fasi di cui si pongono i vari processi (utilizzando la tabella relativa alla mappatura – individuazioni del rischio)</i>

		<i>indicazione origine del processo (input) e del risultato atteso (output), le varie fasi di cui si compone</i>	
2b)	<i>Mappatura dei processi</i>	<i>I processi/procedimenti individuati risultano a "compartimenti stagni": un procedimento/processo nasce e si esaurisce all'interno di una singola struttura</i>	<i>Favorire le interrelazioni tra le diverse strutture aziendali all'interno di un macro processo</i>
3)	<i>Valutazione del rischio: identificazione del rischio</i>	<i>E' stato seguito troppo passivamente l'all.to n. 3 del PNA 2013 che presentava delle incongruenze associando il rischio alle cause degli eventi rischiosi. Sono stati indicati un numero elevato di rischi (ma in realtà sono rischi impropri confondendosi con le cause di rischio)</i>	<i>Introdurre la tabella sulla mappatura – identificazione del rischio, presentata al corso, che distingue l'evento rischioso vero e proprio legato al processo dalle cause di rischio individuate per ogni singola fase del processo ("modalità" e "fattori abilitanti")</i>
4)	<i>Valutazione del rischio: analisi del rischio</i>	<i>La metodologia proposta dall'all.to n. 5 del PNA 2013 e utilizzata dalla Asl3 già a partire dal P.T.P.C.T. 2014 – 2016 si è rivelata errata: tra l'altro la scala impiegata risulta incoerente e differente; le domande sono spesso complesse e fuorvianti e comunque il metodo non si adatta alla specificità di ogni singolo ente</i>	<i>Elaborare una metodologia di calcolo che tenga conto della realtà specifica, non preveda più di tre risposte, ci sia un valore omogeneo per ogni domanda</i>
5)	<i>Valutazione del rischio: ponderazione del rischio</i>	<i>Non è stata attuata una vera analisi delle priorità di trattamento: tutti i processi giudicati a "medio e "alto rischio" sono stati sottoposti al trattamento senza verificarne la sostenibilità e i costi</i>	<i>E' necessario stabilire una priorità di trattamento dei rischi, attraverso il loro confronto, partendo dalla individuazione delle misure già esistenti</i>
6)	<i>Trattamento del rischio</i>	<i>Le misure identificate molto spesso sono misure già esistenti e comunque sono state proposte senza una vera progettazione risultando pertanto solo formali e poco efficaci</i>	<i>Per agevolare l'individuazione di misure sostenibili e concrete: utilizzo della matrice "Identificazione e selezione della misura di trattamento del rischio" (analisi as is e selezione e progettazione della misura più efficiente)</i>
7)	<i>Monitoraggio del trattamento del rischio</i>	<i>Il monitoraggio risulta molto formale. Mancando la fase della progettazione delle misure non è possibile verificare lo scostamento tra risultati attesi e quelli effettivamente realizzati</i>	<i>La corretta esecuzione della fase 6 (trattamento del rischio) dovrebbe consentire di verificare se la misura programmata sia stata effettivamente attuata</i>

In considerazione delle criticità rilevate dal 2018 è stato deciso di modificare la metodologia introducendo degli schemi più aderenti alle finalità che ci si propone di portare avanti e che hanno riguardato le fasi della mappatura, della valutazione del trattamento del rischio. Per il momento il metodo e le relative schede sono state trasmesse solo ad alcune strutture aziendali. Dal 2019 verrà esteso a tutti gli uffici delle aree a rischio

Di seguito sono descritte le varie fasi della gestione del rischio dando evidenza delle modifiche apportate dalla nuova metodologia.

Si precisa che il nuovo metodo per la conduzione della gestione del rischio è stato comunicato e illustrato ai Referenti/Dirigenti di questa Azienda chiedendo di diffonderlo al proprio personale. Per facilitarne la diffusione e la comprensione da parte dei Referenti/dirigenti e del personale interessato, a luglio sono state predisposte delle linee guida, allegando le nuove tabelle da utilizzare, che illustrano in dettaglio i principi, i concetti e le modalità di compilazione delle nuove schede :

A partire dal P.T.P.C.T. 2017 – 2019 le fasi della gestione del rischio (la mappatura, la valutazione ed il trattamento) sono precedute da una analisi del contesto esterno ed interno al fine di evidenziare la complessità dell'organizzazione e delle attività svolte dall'azienda. L'analisi dell'organizzazione assieme all'analisi delle situazioni di illegalità presenti sul territorio genovese dovrebbero mirare a rafforzare le misure di prevenzione interne all'amministrazione.

d) Il contesto esterno

Seguendo le indicazioni relative all'aggiornamento del PNA del 2015 l'analisi del contesto esterno deve prendere in esame gli aspetti culturali, criminologici, sociali ed economici del territorio, per determinare se possano agevolare situazioni di illegalità all'interno dell'ente.

L'Asl3 è costituita da 40 comuni, per una superficie totale di circa 1060 Km², pari a un quinto del territorio della Regione Liguria.

Il territorio è suddiviso in 6 Distretti Socio-Sanitari, dal numero 8 al numero 13 dei 19 Distretti di cui si compone la Regione Liguria – i cui confini coincidono con quelli dei distretti sanitari, definiti ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e delle Zone Sociali di cui alla Legge Regionale 12/2006, così articolati:

DISTRETTO	NUMERO ABITANTI	ESTENSIONE KMQ	DENSITA' ABITATIVA MEDIA/KMQ
n. 8 - PONENTE	94.584	263,1	359,49
n. 9 – MEDIO PONENTE	128.987	25,83	4.994
n. 10 – VAL POLC/VALLESCRIVIA	113.372	346,3	327,4
n. 11 – CENTRO	148.692	13,1	11.350
n. 12 – VALBISAGNO/VALTREBBIA	14.3867	310,1	463
n. 13 – LEVANTE	95.745	97,9	977,9

L'età media è molto elevata (47,5 anni per i maschi, 52,5 per le femmine), in linea con quella ligure ma notevolmente più elevata della media italiana, pari a oltre 45 anni.

Il territorio dell'azienda confina con le province di Alessandria e Piacenza a nord/nord-est, con il territorio dall'Asl4 ad est/sud-est, con la provincia di Savona ad ovest ed è delimitato a sud dal Mar Ligure.

Le superfici abitative urbane, sedi di insediamenti industriali ed artigianali e di strutture varie, sono pari a circa il 28 % del territorio, ma si assiste a una concentrazione di oltre il 90% dei residenti nella fascia costiera ed in aree prossime al mare con il conseguente abbandono, continuo e progressivo, delle attività legate al territorio, in particolare quelle agricole, con una rilevante riduzione degli abitanti delle zone interne. Recentemente, tuttavia, si sta verificando un'inversione di tendenza, coerentemente con il trend nazionale.

La popolazione genovese presenta una "criticità di tipo demografico", dovuta all'alto indice di vecchiaia e al basso tasso di natalità. Al contrario, gli indicatori socio-economici presentano in genere valori comparabili o migliori rispetto a quelli nazionali e regionali. Al 31/12/2017 la popolazione residente nella Asl3, secondo i dati ISTAT integrati con le Anagrafi Comunali, era di 844.957 unità.

Le statistiche evidenziano come la popolazione al di sopra dei 65 anni abbia raggiunto ormai il 27% ed è in tendenziale incremento, Un altro dato interessante, che influisce sulla tipologia di assistenza che questa Azienda è chiamata ad erogare, è l'elevato numero di ultrasettantacinquenni che vivono da soli (35.532) che costituiscono il 38,5% dei residenti nella stessa fascia di età. Tale fascia di popolazione necessita, da parte dei servizi aziendali, di maggiore attenzione per le problematiche che si generano per l'assenza di persona convivente.

Il saldo demografico è variabile negli anni, con tendenza negativa, con una prima inversione di tendenza verso un saldo positivo nel 2014 (dato riferibile alla provincia di Genova, fonte www.geodemo.it).

I dati economici 2016 (fonte dati Annuario statistico del comune di Genova ed. 2017), vedono un andamento stabile delle imprese di Genova, con una buona attività immobiliare, una crisi nell'attività manifatturiera (trasporto e magazzinaggio).

L'attività portuale e turistica registra un aumento del traffico merci e passeggeri (+ 2,5% merci +9% passeggeri, +4,4% dei traghetti + 19,9% settore crociere).

Il settore turistico registra un trend positivo.

I dati 2017 sulla criminalità nella provincia di Genova (fonte dati: Sole 24 ore sulla base dei dati del Dipartimento di Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno), vedono una generale diminuzione dell'indice di criminalità per 100.000 abitanti (-5%), ma un aumento del 27% dell'indice di criminalità per 100.000 abitanti in relazione a reati legati allo spaccio di stupefacenti (1° provincia in Italia per questo tipo di reati).

e) Il contesto interno: analisi generale

L'analisi del contesto interno, prende in considerazione la struttura organizzativa, dei ruoli e delle responsabilità interne; pertanto valuterà i seguenti elementi: gli organi di indirizzo, la struttura organizzativa, i ruoli e le responsabilità. I dati sono tratti dall'Atto Aziendale e dalla Carta dei Servizi.

Compito primario dell'Azienda è quello di assicurare i livelli essenziali uniformi di assistenza definiti nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale e Regionale. Tale obiettivo viene perseguito attraverso una rete territoriale a matrice distrettuale.

I Distretti rappresentano l'unità funzionale dell'assistenza sanitaria erogata dall'Asl: il punto di partenza dei percorsi clinici, che possono prevedere o meno - al loro interno - una "tappa" ospedaliera, ma nel territorio debbono concludersi. Fanno parte del territorio di Asl3 quattro stabilimenti ospedalieri (Villa Scassi a Sampierdarena, Padre Antero Micone a Sestri Ponente, Gallino a Pontedecimo, La Colletta ad Arenzano) integrati tra loro nel Presidio Ospedaliero Unico, in grado di erogare prestazioni specialistiche in regime di ricovero. Il Direttore Generale, nominato dalla Regione, è l'organo di indirizzo, programmazione e governo dell'Azienda. E' il legale rappresentante dell'Azienda ed ha la responsabilità complessiva della stessa. E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi indicati dalla Regione nonché della corretta ed economica gestione dell'Azienda.

In particolare, sono riservati al Direttore Generale:

- a) la nomina, la sospensione o la decadenza del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;
- b) la nomina dei membri del Collegio Sindacale, su designazione delle Amministrazioni competenti;
- c) la nomina dei responsabili delle strutture Aziendali ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi dirigenziali, in conformità a quanto stabilito dal D.Lgs. n. 502/1992, dal D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., dai contratti collettivi di lavoro nel tempo vigenti e dal Regolamento Aziendale;
- d) l'adozione dell'atto aziendale, nonché le modificazioni e integrazioni allo stesso;
- e) gli atti di bilancio compresa l'adozione del budget;
- f) gli atti di programmazione sanitaria locale;
- g) le funzioni non delegabili in materia di sicurezza, salute ed igiene sul lavoro.

Altri organi dell'Azienda sono il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione.

La Pianificazione Strategica è il processo attraverso il quale l'Azienda definisce le finalità dell'organizzazione e le principali linee strategiche nel medio/lungo periodo, partendo dalle indicazioni che provengono dal livello sovraordinato, quindi dalla traccia di riferimento istituzionale dello Stato e della Regione, e dall'ambiente esterno ossia i portatori di interesse.

Il processo di definizione della "meta" a cui tendere, pertanto, si sviluppa analizzando la domanda di bisogno e le aree di intervento, attraverso la selezione degli obiettivi istituzionali individuando le priorità e valutando, in rapporto alle disponibilità economiche, le risorse e i tempi necessari al raggiungimento degli obiettivi stessi.

Il Processo di Programmazione si occupa dell'implementazione delle strategie e del raggiungimento delle finalità assunte in sede di pianificazione strategica attraverso la definizione del percorso da seguire per raggiungere gli obiettivi partendo dalla gestione corrente e dalla conoscenza del proprio ambiente anche in ordine ai cosiddetti "punti di forza e di debolezza" dell'Azienda.

E' quindi un processo continuo e regolare nel quale si stabiliscono le azioni, le modalità e i mezzi economici ed organizzativi da porre in essere per raggiungere la "meta" definita dalla pianificazione strategica.

Lo strumento operativo del controllo di gestione è il budget, in quanto raccoglie gli obiettivi da perseguire e le risorse da impiegare nell'anno, suddivise per centri di responsabilità; la logica del budget è quella di tradurre i macro obiettivi aziendali in obiettivi specifici delle strutture organizzative aziendali, collegando le risorse ai risultati da conseguire per centro di responsabilità con ampia autonomia organizzativa, sviluppando così la responsabilizzazione economica all'interno dei tipici processi sanitari.

La rilevanza di questo processo deriva dal fatto che pone l'attenzione sui risultati conseguiti e sulle risorse impiegate nei processi aziendali e permette di correlare le responsabilità organizzative ai risultati economici.

La Asl3 ha optato per un processo di budgeting di tipo "bottom up", in cui però la formulazione delle proposte dei centri di responsabilità viene indirizzata dalle linee di indirizzo della Direzione Generale.

Particolare attenzione verrà posta nella definizione del Budget distrettuale sociosanitario inteso come il complesso delle risorse disponibili da parte della Asl e dei Comuni, articolato per quota capitaria in analogia a quanto avviene per i riparti nazionale e regionali.

L'Azienda ASL 3 è stata oggetto di profonda revisione organizzativa nel corso del 2018, con l'adozione del nuovo atto aziendale, che è frutto di ulteriori razionalizzazioni e interventi tesi a rendere l'organizzazione più efficiente ed efficace:

L'introduzione della figura del Direttore Socio Sanitario, con funzione di governo del territorio e con il compito di potenziare l'integrazione ospedale territorio, ha contribuito ad accelerare il processo di cambiamento, tuttora in atto.

L'Azienda si è trovata a fronteggiare, nel corso del 2018, l'emergenza conseguente al crollo del Ponte Morandi, riorganizzando il servizio al fine di evitare l'isolamento della quota di popolazione interessata dal crollo. I disagi alla viabilità conseguenti al crollo sono stati fronteggiati con trasferimenti di personale, adozione di maggior flessibilità negli orari di servizio, studio, con il tavolo del Comune a ciò preposto, di forme di lavoro "agile" (smart working e co – working).

L'età media del personale Asl (dati 2017) si attesta sui 53 anni, (solo per il personale infermieristico, nel 2018, si arriva da 51 a 49 anni dopo le numerose assunzioni effettuate a seguito del concorso regionale), con punte di oltre 55 anni per il personale medico.

Un fenomeno significativo è costituito dalle numerose cessazioni di personale per inidoneità a proficuo lavoro alla qualifica, e al ricorso sempre più frequente al Medico competente per il riconoscimento di limitazioni lavorative.

L'elevata età media del personale ha determinato inoltre un aumento delle concessioni dei benefici della legge 104/92 necessaria per l'assistenza degli anziani di casa, ed ha generato una minor presenza in servizio. Il tasso di assenza è confermato, anche per il 2018 con un valore superiore all'11%.

Il decremento della consistenza del personale, (- 189 unità perse nel triennio 2015/2017) ha reso necessaria una sempre maggiore razionalizzazione delle procedure, una revisione dei processi aziendali e una sempre più attenta allocazione delle risorse.

f) Il contesto interno: la percezione della corruzione

Con lo scopo comprendere il livello della percezione in Azienda nel corso del 2017 è stato avviato un sondaggio attraverso la somministrazione di un questionario anonimo durante le visite ispettive a cura della S.S. Servizio Ispettivo e attività extra istituzionali. I risultati del test è stato analizzato nel 2018. Il campione intervistato è stato pari a 437 dipendenti di cui 306 di sesso femminile e 131 di sesso maschile, con un età compresa tra i 26 e i 67 anni

Il personale interessato è stato suddiviso nei quattro ruoli - professionale, tecnico, sanitario, amministrativo.

In totale gli intervistati sono così distribuiti:

SESSO	RUOLO	Totale
F	AMMINISTRATIVO	102
	NON INDICATO	10
	PROFESSIONALE	18
	SANITARIO	150
	TECNICO	26
F Totale		306
M	AMMINISTRATIVO	27
	NON INDICATO	8
	PROFESSIONALE	8
	SANITARIO	67
	TECNICO	21
M Totale		131
Totale complessivo		437

Tabella n. 1: Distribuzione dipendenti sottoposti a sondaggio

Percezione della corruzione all'interno della Asl3:

La maggioranza degli intervistati (63,84%) ritiene che all'interno della Asl3 vi siano attività a rischio corruzione: 279 sì e 158 no.

Come risulta dalla tabella è tra il personale amministrativo che si registra una maggiore percezione della presenza di attività a rischio all'interno dell'Azienda.

Tuttavia, alla domanda se all'interno del proprio ufficio esistano delle attività a rischio di corruzione la maggioranza degli intervistati ha risposto negativamente ribaltando i risultati precedenti. Infatti 330 dipendenti, pari al 75% circa hanno risposto che secondo loro non esistono processi/procedimenti a rischio di competenza della propria struttura e solo 110

dipendenti hanno ritenuto che i processi afferenti al proprio ufficio siano a rischio corruttivo.

Percezione della corruzione all'interno degli uffici:

La maggioranza degli intervistati pari al 73,23%, (74,41% se si escludono gli intervistati che non hanno risposto) ritiene che all'interno delle Strutture in cui prestano servizio non vi siano attività a rischio corruzione: 320 no e 110 sì (7 intervistati non hanno fornito risposta)

La tabella che segue evidenzia le risposte fornite dal personale suddiviso per ruoli:

ATTIVITA' A RISCHIO DI CORRUZIONE ALL'INTERNO DEL PROPRIO UFFICIO				
RUOLO	SI'	NO	NON INDICATO	TOTALE
AMMINISTRATIVO	43	86		
NON INDICATO	3	14	1	
PROFESSIONALE	3	23		
SANITARIO	46	166	5	
TECNICO	15	31	1	
TOTALE COMPLESSIVO	110	320	7	437

Tabella n. 2: Percezione rischio all'interno dell'ufficio di appartenenza

Conteggio di RUOLO

SESSO	RUOLO	Totale
F	AMMINISTRATIVO	102
	NON INDICATO	10
	PROFESSIONALE	18
	SANITARIO	150
	TECNICO	26
F Totale		306
M	AMMINISTRATIVO	27

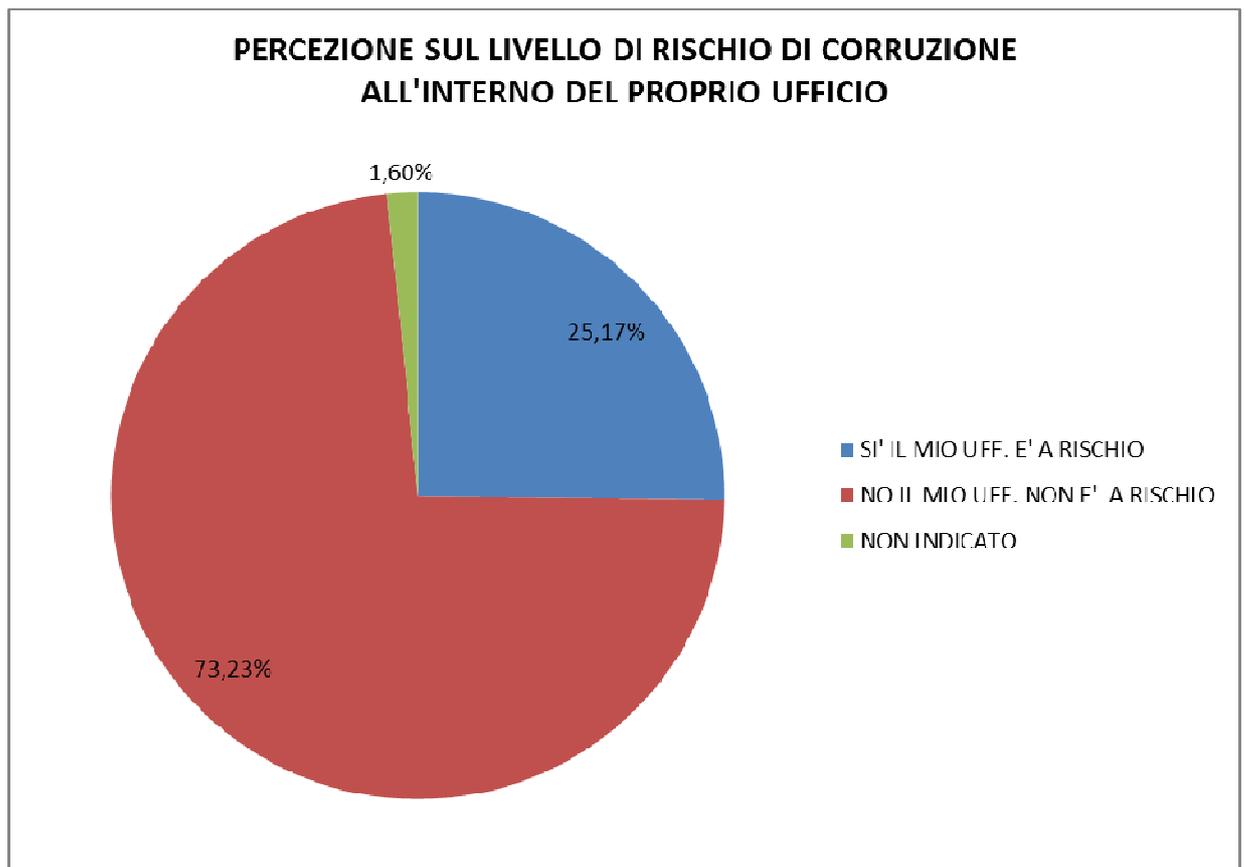


Tabella n. 3: Percezione della corruzione all'interno del proprio ufficio

Le risposte fornite dagli intervistati alle domande rivolte a valutare la percezione di attività a rischio corruzione all'interno di Asl3 e degli uffici/strutture di pertinenza, non consentono di individuare nuove specifiche aree a rischio corruzione riguardo alle quali programmare eventualmente attività di prevenzione, in quanto la maggioranza degli intervistati ritiene che non vi non siano processi a rischio corruzione all'interno dei propri uffici ma solo un rischio generico riferito alla Asl3 nel suo complesso.

g) La mappatura dei processi

La «mappatura dei processi» è l'elenco dei processi organizzativi in cui sono individuate le attività svolte dall'ente, le fasi di cui si compone e le responsabilità per ciascuna fase.

Inizialmente l'attività di analisi è partita prendendo in considerazione unicamente i procedimenti amministrativi. Per la mappatura ci si è basati sui dati richiesti dall'art. 35 del D.Lgs. n. 33/2013 che richiede la pubblicazione di alcuni dati relativi alle tipologie di procedimento di propria competenza. La mappatura dei procedimenti è stato un punto di partenza per riuscire a focalizzare i processi più importanti.

Con la nuova metodologia la mappatura non consiste più in una generica descrizione del processo e delle attività svolte ma in una più attenta analisi dello stesso che porterà a:

- individuare l'input e l'output
- Individuare e definire le vari sotto fasi (sotto processi di cui si compone)
- individuare l'ufficio/struttura competente (o soggetto esterno) a svolgere le varie fasi del processo.

h) La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione

La seconda fase della gestione è denominata «valutazione del rischio».

La norma prevede le seguenti Sub -fasi della valutazione del rischio:

- Identificazione del rischio: "ha l'obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, o alle fasi dei processi, di pertinenza dell'amministrazione" (da All.to 1 del PNA pag. 26).

In particolare

- a) individuazione del rischio corruzione (evento);

- b) indicazione delle “modalità – comportamento” (che possono essere molteplici) e dei “fattori abilitanti” (che si presentano in un numero limitato e sono stati individuati durante una preventiva analisi anche basandosi sull’analisi del contesto);
- c) l’indicazione dell’origine dei “fattori abilitanti” ovvero delle cause del rischio (se essi si producano internamente all’ufficio o esternamente).

Il rischio di corruzione da individuare generalmente è uno solo (o al massimo due).

- Analisi del rischio: consiste nel calcolare il livello di rischio in termini di probabilità, del suo effettivo verificarsi, e di impatto sull’ente. Analizzare il rischio significa, mediante apposita procedura, assegnare un valore numerico ai rischi. Da tempo è stato deciso di eliminare il calcolo numerico avendo rilevato delle criticità rispetto al metodo fornito dal DFP nel PNA 2013 e che sono state evidenziate in precedenza. In attesa di definire un nuovo sistema corretto e coerente per il calcolo, il livello del rischio viene determinato semplicemente definendo il rischio “basso”, “medio”, “alto” e ordinando i processi secondo un ordine decrescente.
- Ponderazione del rischio: La ponderazione «ha lo scopo di stabilire le priorità di trattamento dei rischi, attraverso il loro confronto [...] La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre alla fase del trattamento il rischio, processi non giudicati particolarmente rischiosi, limitandosi a mantenere attive le misure già esistenti. Tuttavia l’Autorità Anticorruzione consiglia, nel dubbio, di sottoporre al trattamento del rischio il più alto numero dei processi (adottando il criterio della «prudenza»). Nel corso del 2019 il RPCT individuerà i processi che, per la loro maggiore rischiosità, dovranno essere sottoposti alla successiva fase del trattamento del rischio, prima degli altri, secondo le indicazioni del nuovo metodo introdotto (e cioè progettando nuove concrete misure di prevenzione così come di seguito specificato). La richiesta di introdurre nuove misure sarà, per quanto possibile, concordata con le strutture coinvolte tenendo presenti le risorse disponibili ed evitando di nuocere al corretto svolgersi delle attività istituzionali degli uffici secondo uno spirito di condivisione e di partecipazione.

i) Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio cioè l’individuazione di concrete misure per affrontare i rischi individuati nella fase precedente si compone delle seguenti fasi:

- Individuazione delle misure già esistenti (analisi as is)
- Analisi di efficacia, efficienza e sostenibilità delle misure presenti e il loro grado di incidenza sulle cause del rischio
- Selezione e progettazione delle misure in cui siano indicate le fasi, i tempi i soggetti responsabili e gli indicatori

Le misure dovranno esse efficaci nella neutralizzazione del rischio (e dei “fattori abilitanti”) ed essere sostenibili dal punto di vista economico/organizzativo (analisi dei costi/benefici), adattandosi alle caratteristiche specifiche della struttura.

Ad oggi sono state progettate due misure specifiche secondo il criterio della progettazione a seguito delle risultanze dell’audit svolto nel 2018.

j) Il monitoraggio del trattamento del rischio

Il monitoraggio del trattamento del rischio consiste verificare che le misure individuate/progettate siano state effettivamente attuate nel corso dell’anno di riferimento. Ai Referenti/dirigenti è richiesto di relazionare succintamente il grado di applicazione della misura in modo da comprendere eventuali criticità nell’applicazione della stessa valutando il suo livello di efficacia nella mitigazione del rischio. A tutti i Referenti/dirigenti viene fornito un apposito modello da compilare. I dati raccolti serviranno al RPCT per valutare il livello di applicazione delle misure specifiche e per delineare la programmazione dell’anno successivo. (per le risultanze del monitoraggio si rinvia alla parte quinta del presente Piano)

k) Auditing come strumento di verifica della qualità delle misure di prevenzione

Come stabilito dall’obiettivo strategico assegnato dal Direttore Generale nel 2018 sono stati condotti i primi audit per verificare il rispetto e l’efficacia delle misure di prevenzione adottate e quale strumento aggiuntivo per rafforzare il sistema dei controlli finalizzati alla prevenzione della corruzione. Nel corso del 2018 gli audit hanno interessato tre Strutture rientranti nell’area di rischio “contratti”.

Il processo di implementazione dell’audit è stato costituito dalle seguenti fasi:

- 1) Costituzione di un apposito gruppo di lavoro che si deve occupare dell’audit (Il gruppo di lavoro è stato così costituito: 2 unità appartenenti al S.S. S.I, il RPCT e suoi collaboratori, un funzionario, per ognuna dei tre uffici coinvolti. i funzionari si alternano nel gruppo di lavoro astenendosi durante gli audit che interessano la propria struttura). Verrà chiesto con nota ai Dirigenti Direttori Responsabili delle strutture di indicare il proprio funzionario che si occupa del processo oggetto di analisi.
- 2) Identificazione del soggetto di coordinamento del processo dell’audit (è stato individuato nel dirigente del SS Servizio Ispettivo
- 3) Identificazione di un processo standardizzato per effettuare l’audit basandosi su linee guida specifiche (è stato stabilito di utilizzare le “Linee Guida per audit di sistemi di gestione (UNI EN ISO 19011) come riferimento procedurale per lo svolgimento degli audit; le Linee Guida saranno adattate alla realtà specifica che si dovrà analizzare).
- 4) Definizione di monitoraggi periodici attraverso controlli sul campo, con acquisizione della documentazione.
- 5) Identificazione delle strutture da sottoporre a controllo scegliendo i primi processi da esaminare

- 6) Contattare i Direttori delle strutture di cui al punto precedente per richiedere la documentazione, le informazioni e i dati indicati sulla tabella della gestione del rischio relativa ai processi soggetti a audit
- 7) Analizzare la documentazione relativa ai processi sottoposti a verifica.
- 8) Predisporre una check – list sulla qualità della gestione del rischio condotto dalle strutture succitate anche in base alle indicazioni dell’ANAC sui rischi e sulle misure di prevenzione dei processi analizzati.
- 9) Concordare con i Responsabili delle Strutture coinvolte il giorno in cui ha luogo la verifica “sul, campo” da parte del gruppo di lavoro, in modo da essere certi che nei giorni stabiliti sia presente il personale che abitualmente attende allo svolgimento dei processi sottoposti ad esame.
- 10) I funzionari appartenenti alle strutture coinvolte nella verifica vengano convocati separatamente per informarli sui compiti specifici che svolgeranno all’interno del gruppo di lavoro.
- 11) Condurre una verifica sul campo coinvolgendo il dirigente responsabile oltre che i dipendenti che si occupano del processo e quelli coinvolti nell’applicazione delle misure di prevenzione.

Svolgimento audit nel 2018:

Nel corso del 2018 gli audit hanno riguardato: le SS.CC. Riqualficazione Edilizia e Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico la e S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture.

Sono stati identificati i seguenti processi da sottoporre a verifica:

- I) “Affidamento lavori/servizi di importo inferiore ai 40.000 €.” di competenza della S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico e della S.C. Riqualficazione Edilizia;
- II) “Affidamenti ex art. 7.1 del Regolamento aziendale per gli affidamenti sotto soglia” di competenza della S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture.

Dopo aver verificato e analizzato la documentazione trasmessa dalle strutture e aver predisposto la check- list si sono svolti gli incontri sul campo:

- Incontro del 12 luglio 2018 presso la sede della S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico e della S.C. Riqualficazione Edilizia
- Incontro del 13 luglio 2018 presso la S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti

Come da punto 1) è stata applicata la rotazione del personale chiamato a fornire il dovuto supporto normativo e tecnico al coordinatore dell’audit e al RPCT: il personale afferente alla S.C. Acquisti ha partecipato all’incontro del 12 luglio presso le sedi della S.C. Programmazione Gestione Lavori e Riqualficazione Edilizia. Viceversa il 13 luglio vedrà la partecipazione del personale dell’area tecnica per l’audit presso la sede della S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti.

Esito audit:

Il processo sottoposto ad audit dell'area tecnica ha presentato le seguenti criticità:

- Manca relazione specifica della motivazione che ha dato avvio al processo (start).
- mancata/insufficiente mappatura delle diverse fasi di sviluppo del processo analizzato.
- Alcuni passaggi/fasi del processo richiederebbero una puntuale e precisa sequenza che dia evidenza oggettivabile delle scelte effettuate.
- Alcune fasi del processo risultano poco presidiate (documentate) e prive di oggettive evidenze nella corretta esecuzione delle fasi del processo.
- Elevato rischio di discrezionalità e non sempre vengono rispettate le azioni di "buona prassi".
- Mancata documentazione di comparazione dei riferimenti delle offerte rapportate al mercato.
- Il processo segue una prassi diversa, attraverso una Determina Dirigenziale, differente da altri processi considerati urgenti e di analogo importo.

Al termine del processo è stata predisposta idonea verbalizzazione datata e firmata

Proposte per il miglioramento dei processi esaminati

Conseguentemente, alla luce delle criticità sopra evidenziate è stato chiesto alla S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico e della S.C. Riqualificazione Edilizia, in occasione dell'aggiornamento della gestione del rischio di predisporre, per un migliore presidio del processo relativo all'affidamento lavori/servizi di importo inferiore ai 40.000 € un apposito regolamento che possa garantire una maggiore chiarezza e trasparenza del processo in oggetto.

Parte terza - La trasparenza amministrativa

La promozione della trasparenza e dell'integrità è considerato un obiettivo prioritario dell'Asl3. Essa è intesa come "uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa" (all.to n. 1 PNA, pag. 32).

A partire dal D.Lgs. n. 150/2009, la trasparenza amministrativa è intesa come "accessibilità totale dei dati", che si traduce nell'obbligo di rendere pubbliche molte delle informazioni e dei documenti prodotti dai soggetti pubblici; tale principio è stato confermato dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i..

La trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni (art. 117, c. 2, lett. m della Costituzione), è assicurata mediante la pubblicazione nel sito web Aziendale di tutte le informazioni obbligatorie.

Il primo compito affrontato dal responsabile è stato quello di comprendere lo stato di attuazione della normativa sulla trasparenza già in vigore (con il D.Lgs. n. 150/2009) e di pensare alle eventuali modifiche da apportare alle procedure già in essere alla luce del nuovo D.Lgs. n. 33/2013.

Contestualmente è stato individuato un percorso idoneo per attuare il processo di trasmissione e di pubblicazione dei dati, stabilendo delle procedure standard per garantire il più possibile il rispetto della tempistica richiesta dalla norma e ponendo l'accento sul principio di collaborazione che deve informare i rapporti tra i dirigenti ed il responsabile.

Con la presente sezione questa Azienda dà attuazione alla trasparenza definita dal D.Lgs. n. 33/2013, come già affermato dal D.Lgs. n. 150/2009, come "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art. 1 c. 3 del D.Lgs. n. 33/2013: "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni").

Questa Azienda ha inteso redigere la presente sezione in conformità al D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 ed alla successiva Del. n. 1310/2016 dell'A.N.A.C., avente ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016". A seguito delle suddette modifiche, la trasparenza è inserita nella Parte Terza del presente Piano. Essa comprende, come elementi essenziali:

- gli obiettivi strategici in materia di trasparenza, definiti per la Asl3 dalla Direzione Generale (riportati congiuntamente agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione del presente Piano);
- l'organizzazione dei flussi informativi, identificando i soggetti interni a cui compete la responsabilità relativa alla gestione dei documenti obbligatori da pubblicarsi su "Amministrazione Trasparente".

a) *Organizzazione dei flussi informativi: i soggetti preposti all'individuazione, all'elaborazione e alla trasmissione dei dati*

L'altro contenuto essenziale della sezione relativa alla trasparenza è costituito da uno schema che individua i vari uffici e i relativi Responsabili a cui compete l'identificazione, l'elaborazione, la trasmissione dei documenti ex D.Lgs. n. 33/2013, che sono pubblicati sulla pagina di "Amministrazione Trasparente, all'interno del sito internet istituzionale. Nell'allegato n. 1 del presente piano sono stati individuati i soggetti obbligati alla trasmissione dei documenti, aggiornati sulla base delle modifiche intervenute dalla recente approvazione dell'Atto Aziendale. L'aggiornamento della tabella è avvenuto mediante la partecipazione attiva delle Strutture aziendali che, sia durante l'anno sia in fase di elaborazione del nuovo P.T.P.C.T., sono state invitate a confermare i dati presenti e, eventualmente, a comunicare gli aggiornamenti del caso.

b) *Organizzazione dei flussi informativi: la pubblicazione informatizzata dei dati*

L'attività di pubblicazione è affidata all'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP attraverso la società informatica "Liguria Digitale s.c.p.a." fornitrice della manutenzione del portale aziendale.

L'informatizzazione del flusso dei dati a pubblicità obbligatoria ex D.Lgs. n. 33/2013 è garantita dall'utilizzo dell'applicazione web denominata "Redmine", che si basa su di un sistema di apertura di richieste informatizzato in modo da consentire automaticamente la loro tracciabilità. In questo modo l'ufficio che ha inviato la richiesta è in grado, in ogni momento, di conoscerne lo stato di avanzamento, con la certezza che la pratica verrà correttamente evasa.

A seguito di una richiesta di pubblicazione di dati soggetti a pubblicità obbligatoria l'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP si impegna a pubblicare i file, senza alterarne i contenuti, la grafica e senza modificarne l'estensione, nella sezione del sito web istituzio-

nale denominata “Amministrazione Trasparente”, inserendoli nella corretta sotto sezione così come precisata dal richiedente.

La tempistica di conclusione della richiesta varia a seconda dei seguenti fattori:

- la chiarezza nell’esposizione del problema da parte dell’utente;
- l’urgenza e della complessità dell’intervento: se la richiesta riguarda il semplice aggiornamento dei dati essa è evasa nell’arco di poche ore; viceversa se riguarda ad esempio, una modifica strutturale di una sezione di Amministrazione Trasparente, i tempi vengono preventivamente stabiliti dai tecnici, informando l’interessato;
- le priorità dell’intervento (nel caso, ad esempio, sia obbligatorio per legge la pubblicazione di un certo documento entro un determinato periodo di tempo, viene assegnata la precedenza a questo intervento).

Questo sistema consente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di monitorare efficacemente i flussi di trasmissione dei dati obbligatori ex D.Lgs. n. 33/2013 da parte degli uffici responsabili, di verificare i tempi di pubblicazione, di intervenire qualora sorgessero problemi di comunicazione, di ritardo o per altre criticità.

L’ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza effettua regolarmente il monitoraggio delle reportistiche sui flussi e sulle segnalazioni da e verso la struttura informatica competente alla pubblicazione dei dati obbligatori.

A Liguria Digitale vengono comunicati i nominativi delle strutture coinvolte nella trasmissione dei dati obbligatori, autorizzati alla richiesta di pubblicazione dei dati.

c) Disposizioni organizzative per assicurare la regolarità dei flussi informativi

Come previsto dall’art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 sono stati indicati i soggetti tenuti alla individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente, deputati ad assicurare l’aggiornamento di “Amministrazione Trasparente”.

Ai fini del controllo da parte del Responsabile sugli adempimenti previsti per la dirigenza in termini di obblighi di trasparenza è fondamentale l’instaurazione di un rapporto di interlocuzione e di stretta collaborazione tra i dirigenti ed il Responsabile.

Per rafforzare ulteriormente questo rapporto di collaborazione in Asl3 sono stati nominati i Referenti della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione della Asl3.

Come per la prevenzione della corruzione anche per la trasparenza i dirigenti hanno individuato un coordinatore (facilitatore) con lo scopo di sgravarli delle attività meramente operative riguardo alla trasparenza, per velocizzare gli scambi di informazione tra Referenti e Responsabile e aiutare i Referenti negli obblighi previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.. Di norma il coordinatore (facilitatore) della trasparenza coincide con quello della prevenzione della corruzione.

Di seguito si precisano i compiti dei dirigenti e dei Referenti in ordine alla puntuale esecuzione delle disposizioni di cui alla normativa sulla trasparenza amministrativa.

- 1) Tutti i dirigenti (anche coloro che non sono considerati rientranti nelle aree a rischio), devono:
 - verificare, tra la serie di documenti, informazioni e dati presenti nell'all.to n. 1 della Del. ANAC n 1310/2016 quelli di propria competenza;
 - inviare, per il tramite dei coordinatori (facilitatori) della trasparenza, la documentazione di cui al punto precedente all'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP – Liguria Digitale, al seguente indirizzo mail: Redazione.Sito@asl3.liguria.it (e per conoscenza al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza all'indirizzo prev.corr@asl3.liguria.it), affinché sia pubblicata sul sito aziendale nella sezione di "Amministrazione Trasparente";
 - nell'invio a redazione.sito@asl3.liguria.it i dirigenti responsabili di struttura devono:
 - specificare in quale delle sezioni previste dall'allegato del D.Lgs. n. 33, siano da ricomprendere i dati e gli atti, di propria pertinenza, destinati alla pubblicazione;
 - riportare nell'oggetto della mail la dicitura "Amministrazione Trasparente", specificando se si tratta di aggiornamento o di nuovo inserimento e indicando il nome della sotto –sezione in cui inserire/aggiornare la documentazione;
 - trasmettere, ai fini della loro pubblicazione sul portale istituzionale dell'Azienda, dati aperti, aggiornati, integri, completi, tempestivi, di semplice consultazione, comprensibili, omogenei, facilmente accessibili, nonché conformi ai documenti originali in possesso dell'amministrazione. Tali caratteristiche sono indicate negli artt. 6 e 7 del D.Lgs. n. 33/2013;
 - trasmettere i file per la pubblicazione nel formato definitivo, di dimensioni più leggere possibili, in modo da rendere il download esterno più veloce;

- verificare che la pubblicazione dei dati sia effettivamente avvenuta; in caso contrario contattare via mail la redazione del sito per appurare il problema;
- trasmettere esclusivamente per mail, senza nota di accompagnamento senza trasmettere la documentazione in formato cartaceo, via fax o altra modalità che non sia quella informatica;
- inviare la documentazione obbligatoria al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza solo per conoscenza;
- comunicare al proprio Referente Aziendale di riferimento le attività svolte per ottemperare alla normativa ex D.Lgs. n. 33/2013, il numero di dati pubblicati ed aggiornati.

Nelle strutture rientranti nelle aree a rischio, le attività sono coordinate dai Referenti della Prevenzione; in particolare essi devono:

- predisporre adeguate misure organizzative in modo da ricevere da parte dei propri Dirigenti subordinati, tutti i dati a pubblicità obbligatoria, di competenza del proprio Dipartimento;
- compilare e trasmettere al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, mediante la mail prev.corr@asl3.liguria.it la tabella (all.to n. 2) allegata alla nota del RPCT. prot. n. 13130 del 27/01/2017 sui dati a pubblicazione obbligatoria di competenza, relative al proprio Dipartimento/Struttura, secondo le modalità e i tempi indicati nella nota stessa.

Qualora i Referenti o i Dirigenti ad essi sotto-ordinati risultassero inadempienti, anche parzialmente, agli obblighi ed ai compiti a loro spettanti dalla normativa e dalle disposizioni presenti sulla sezione “trasparenza” del presente Piano, il responsabile ha la facoltà di segnalare tali casi “all’ufficio di disciplina, ai fini dell’eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il Responsabile segnala altresì gli inadempimenti al vertice politico dell’amministrazione [vertici dell’amministrazione], all’OIV [al Nucleo di Valutazione] ai fini dell’attivazione delle altre forme di responsabilità” (art. 43 c. 5 D.Lgs. n. 33/2013)

Ciascun dirigente si farà carico altresì di ottemperare al generale divieto di diffusione dei dati idonei a rilevare lo stato di salute dei singoli interessati. Per i beneficiari di provvidenze di natura economica, occorre che non siano diffusi ulteriori dati non pertinenti quali l’indirizzo di abitazione, il codice fiscale, le coordinate bancarie. A questo proposito si rinvia all’art. 5 e all’art. 6 del Regolamento Generale per la protezione dei dati personali n. 679/2016.

Il presente Piano recepisce le disposizioni del D.Lgs. n. 82/2005 art. 68 (Codice dell'amministrazione digitale) sulle caratteristiche dei dati informatici da pubblicare in formato aperto, in coerenza con le "Linee Guida Siti Web" pubblicate sul sito del DFP alla pagina <http://www.funzionepubblica.gov.it/lazione-del-ministro/linee-guida-siti-web-pa.aspx>. I file in formato aperto sono disponibili secondo i termini di una licenza che ne permetta l'utilizzo da parte di chiunque, "senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità" (art. 7 D.Lgs. n. 33/2013). A questo riguardo, il presente programma fa proprie le indicazioni presenti sulle precedenti linee guida dell'ex CIVIT di cui alla Del. n. 105/2010, le quali, tra l'altro prevedono che i dati dovranno essere:

- pubblicati in almeno uno dei formati aperti: pdf (non immagine), odf, xml ecc...
- raggiungibili direttamente dalla pagina dove le informazioni di riferimento sono riportate.

Di seguito vengono illustrati graficamente il processo e gli attori coinvolti:

	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5	FASE 6
Dirigenti	Controllano le sez. Amm. Trasp.per identificare i dati di propria competenza	Inviano i dati in formato aperto		Controllano che i dati siano effettivamente pubblicati. In caso contrario contattano Liguria Digitale		
Liguria Digitale		Publica i dati		Controlla la qualità dei dati		
Referenti/Dirigenti			Controllano la correttezza dei dati e riferiscono al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza			
Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza				Svolge attività di controllo e di monitoraggio sull'adempimento da parte dei dirigenti degli obblighi di pubblicazione, anche sulla base della relazione dei Referenti	Verifica che la sez. indicata dai dirigenti sia corretta e che i dati siano completi. Sollecito ai dirigenti inadempienti	Contatta Liguria Digitale per modifiche strutturali alla sezione "Amm. Trasp."
URP						Collabora con il Responsabile alle modifiche della sezione

Tabella n.4: processo di pubblicazione e soggetti coinvolti

d) Performance, trasparenza e P.T.P.C.T.

Il collegamento fondamentale tra la trasparenza e il ciclo della Performance si realizza pienamente prevedendo l'inserimento nel piano della Performance di obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza.

Anche nel 2018 l'Azienda ha individuato tra gli obiettivi strategici proprio la realizzazione di un effettivo collegamento tra il ciclo di gestione della performance e il P.T.P.C.T. prevedendo specifici obiettivi organizzativi riguardo alle attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza anche ai fini del raggiungimento degli obiettivi strategici previsti nel presente P.T.P.C.T..

Per favorire un maggiore coinvolgimento agli obiettivi della prevenzione della corruzione si è cercato per quanto possibile di condividerli preliminarmente con i dirigenti interessati, trovando assieme dei possibili obiettivi da assegnare in modo tale che potessero innalzare il livello di trasparenza e di integrità dell'Azienda senza recare nocimento alle attività istituzionali delle varie Strutture. della prevenzione della corruzione o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori").

Gli obiettivi sono stati diversificati a seconda delle caratteristiche dei vari uffici e in base alle problematiche e criticità che nel corso degli anni sono state riscontrate. Malgrado siano eterogenei è possibile classificarli per "macro-obiettivi" in modo da delineare le caratteristiche comuni e da evidenziare anche la connessione tra questi e gli obiettivi strategici stabiliti dal Direttore Generale per il triennio 2017 – 2019:

1. **Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento** tra i dipendenti attraverso incontri che prevedano la partecipazione del personale delle strutture aziendali. Predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento;
2. **Processo della gestione del rischio:**
 - a. aggiornamento con l'ausilio di gruppi di lavoro: individuazione di rischi e misure concrete;
 - b. prima analisi dei rischi da parte di strutture coinvolte per la prima volta nel processo.
3. **Coinvolgimento degli stakeholder** nelle attività di prevenzione (S.S. Servizio Ispettivo e URP): predisposizione campagna informativa e di coinvolgimento dei portatori di interesse aziendali - questionario per verificare la percezione della corruzione e della conoscenza della normativa tra i dipendenti.
4. **Obiettivi di trasparenza:**
 - a. Attivazione del registro degli accessi (Linee guida Anac FOIA in base alla Del. n. 1309/2016)

- b. richiesta di inserimento, integrazioni e aggiornamenti di specifici obblighi di trasparenza in base a verifiche a campione.
- 5. **Rotazione del personale:** richiesta di relazione delle strutture aziendali che nel trattamento del rischio 2017 avevano dichiarato di applicare la rotazione del personale come contrasto della corruzione all'interno dei processi a rischio.

Il raggiungimento o meno degli specifici obiettivi di budget sarà indicato all'interno della Relazione della Performance; quindi a consuntivo l'amministrazione dovrà verificare i risultati organizzativi raggiunti rispetto all'obiettivo programmato con rilevazione degli eventuali scostamenti.

e) *L'accesso civico*

Accesso civico semplice (art. 5 c. 1 D.Lgs. n. 33/2013)

Chiunque ha il diritto di richiedere i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicità obbligatoria qualora non siano presenti all'interno della sezione del sito web istituzionale denominata "Amministrazione Trasparente".

Le richieste di accesso civico semplice vanno indirizzate al: Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Per informazioni più dettagliate si rimanda alla pagina:

<http://www.asl3.liguria.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-nuovo/altri-contenuti-accesso-civico.html>

Quest'anno è giunta una sola richiesta di accesso civico semplice con nota prot 30313 del 02/03/2018 riguardante la pubblicazione dei dati sulle liste di attesa alla quale il RPCT ha dato riscontro con prot. n. 42629 del 27/03/2018.

Accesso civico generalizzato (art. 5 c. 2 D.Lgs. n. 33/2013)

Una sintesi dei contenuti e della procedura dell'accesso civico generalizzato ex art 5 c. 2 D.Lgs. n. 33/2013 è stato sul sito istituzionale per favorire una più ampia diffusione dei principi e delle modalità operative per esercitare questo diritto:

<http://www.asl3.liguria.it/archivio-notizie/item/1858-informazioni-utili-sull%E2%80%99accesso-civico-generalizzato.html>

Per consultare le richieste di accesso civico (comprese le richieste di accesso agli atti) si rinvia al registro accessi 2018 alla pagina:

<http://www.asl3.liguria.it/component/publiccompetitions/document/7210.html?view=document&id=7210:registro-degli-accessi-atti-e-civico-anno-2018&Itemid=438>

f) Iniziative di comunicazione con i portatori di interesse nel 2018

La Giornata della Trasparenza

La Giornata della Trasparenza nasce con il D.Lgs. n. 150/2009 ed è finalizzata alla presentazione del Piano e della Relazione sulla Performance, alle associazioni di consumatori (portatori di interesse) e agli utenti.

Successivamente, le finalità della Giornata della Trasparenza vengono estese, come indicato dalla Delibera CIVIT n. 105/2010, alle informazioni sul Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, in considerazione della profonda connessione tra la disciplina della trasparenza e quella della performance.

Inoltre, la pubblicazione di determinate informazioni dell'amministrazione pone il cittadino nelle condizioni di esercitare un "controllo sociale" sull'operato dell'amministrazione. La trasparenza, pertanto è uno strumento di prevenzione della corruzione.

Con l'introduzione della L. n. 190/2012 la prevenzione della corruzione è diventata un obiettivo primario per tutte le amministrazioni e la Giornata della Trasparenza è l'occasione per illustrare alla cittadinanza le attività e le azioni messe in campo per rendere più integro l'ambiente di lavoro e la propria organizzazione pubblica.

La Giornata della Trasparenza è dunque un'occasione per illustrare le iniziative di prevenzione della corruzione e della trasparenza e le attività finalizzate al soddisfacimento della domanda di salute e al miglioramento delle qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari. La manifestazione prevede il diretto coinvolgimento dei cittadini, degli assistiti e di tutti i portatori di interesse, per la condivisione e la partecipazione agli obiettivi aziendali.

La Giornata della Trasparenza 2018 si è tenuta il 17 dicembre presso la Sala del Consiglio della Città Metropolitana sita in Largo Eros Lanfranco, 1 a Genova. Oltre agli interventi del RPCT che ha illustrato brevemente la nuova metodologia da applicare per una migliore conduzione della gestione del rischio e del Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo che è intervenuto sulla programmazione relativa alla performance è stato da-

to spazio è stato dato spazio alle iniziative di carattere assistenziale e organizzativo che nel corso del 2018 sono state attivate nel territorio della Asl3 suddivise per aree tematiche: interventi sul territorio, sull'ospedale e attivazione di reti istituzionali. Alla Giornata della Trasparenza sono stati invitati e hanno partecipato i componenti del Comitato Misto Consultivo.

Incontri con i portatori di interesse del Comitato Misto Consultivo

Con lo scopo di stabilire un rapporto più stretto e imbastire un dialogo volto a favorire una collaborazione concreta con i portatori di interesse dell'Azienda il RPCT ha partecipato all'incontro del Comitato Misto Consultivo il 30/05/2018.

Durante l'incontro il RPCT ha illustrato le principali novità del nuovo Codice di Comportamento Aziendale invitando i rappresentanti delle associazioni di prendere contezza del suo contenuto.

Il RPCT ha anticipato che in previsione del prossimo aggiornamento del PTPCT avrebbe trasmesso a tutti i portatori di interesse la bozza del Piano (e relativi allegati) per favorire una maggiore condivisione degli obiettivi e delle politiche di prevenzione dell'Azienda chiedendo anche un supporto concreto per identificare attività e processi a rischio rientranti più direttamente nella sfera di interesse delle associazioni.

g) Principali attività di verifica svolte nel corso del 2018

Le principali attività di controllo dei dati ex D.Lgs. n. 33/2013, svolto nel 2018, hanno riguardato:

- rispetto degli obblighi di cui all'art. 14 lett. d) – e) del D.Lgs. n. 33/2013;
- dati di cui agli artt. 16 (tassi assenza personale), art. 20 (Contratti Integrativi), 21 (premi relativi alla performance), art. 41 (contratti strutture sanitarie accreditate);
- una approfondita verifica della completezza e della correttezza dei dati relativi ai tempi dei procedimenti del biennio 2016 -2017;
- liste di attesa – tempi medi effettivi di attesa (Per quanto concerne i tempi medi effettivi di attesa questa Amministrazione ha deciso di rendere pubblici i tempi di attesa effettivi e non quelli medi. Lo scopo è quello di consentire all'utente di conoscere qual è il tempo di attesa di quel giorno);
- Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati: in particolare è stato chiesto alla Struttura competente di pubblicare i dati mancanti ovvero: gli "obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici" per l'anno 2018. i dati/documenti sullo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" all'in-

terno della Asl3, il Catalogo dei dati, dei metadati definitivi in base alle indicazioni precisate dall'all.to n. 1 della Del ANAC n. 1310/2016.

I controlli hanno riguardato anche le seguenti sotto - sezioni (sottoposte a attestazione da parte del NdV in base alla Del. ANAC n. 1310/2016 e n. 141/2018):

- Consulenti e collaboratori
- Bandi di concorso
- Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici
- Beni immobili e gestione patrimonio
- Controlli e rilievi sull'amministrazione
- Altri contenuti (prevenzione della corruzione e accesso civico)
- Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati

In data 18/04/2018 il Nucleo di Valutazione ha attestato:

- la veridicità e l'attendibilità delle sezioni di cui sopra sottoposte a verifica;
- la presenza di misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Parte Quarta - Le misure “generali”

a) *Formazione in tema di anticorruzione*

L’attività formativa nel quinquennio 2013 – 2017 si è divisa in lezioni in aula e in corsi da frequentare a distanza, come illustrato nei precedenti P.T.P.C.T. a cui si rinvia.

Come già accennato nel P.T.P.C.T. 2018 – 2020 questa Azienda ha avviato un’indagine per accertare il grado di conoscenza della normativa anticorruzione con l’obiettivo di programmare con razionalità percorsi formativi mirati sul tema. I questionari sono stati consegnati nel 2017 e nel corso dell’anno successivo sono stati analizzati nel dettaglio. Il campione preso in considerazione è lo stesso dell’indagine condotta sul grado di percezione della corruzione (vedi parte seconda – contesto interno: la percezione della corruzione). La maggioranza del campione risulta essere a conoscenza dell’esistenza della L. n. 190/2012 e s.m.i.. Tuttavia in base alle risposte e, malgrado nel corso degli ultimi anni siano stati somministrati dei corsi FAD dedicati ai contenuti della L. n. 190 e del P.T.P.C.T. aziendale, è emerso che una significativa percentuale degli intervistati non abbia mai visionato il Piano Anticorruzione della Asl3 né consultato i dati presenti su Amministrazione Trasparente, dimostrando di non avere una adeguata conoscenza dell’istituto dell’accesso civico e della normativa che regola il “whistleblowing”. Ne consegue la necessità di allargare il percorso formativo utilizzando anche strumenti diversi dal corso FAD, prevedendo appositi corsi in aula per divulgare più estensivamente la conoscenza di queste tematiche. In base ai risultati del sondaggio si evince che anche coloro i quali, al momento, si trovano ad operare in contesti non giudicati a rischio, devono acquisire le conoscenze di base della materia in quanto la lotta alla prevenzione della corruzione, alla cattiva amministrazione ed allo spreco delle risorse pubbliche deve essere condotta da tutti e tutti, all’interno dell’ente, sono chiamati a rispettare i piani ed i programmi strategici predisposti ed adottati per la tutela della legalità. L’obiettivo, dunque, è quello di fornire un quadro delle politiche di prevenzione con lo scopo di sensibilizzare tutti i dipendenti su questi temi, in considerazione dell’importanza che il problema della corruzione continua a rivestire nel nostro paese

Attività formativa : 2018 - 2019

a) Formazione FAD e in aula

In conseguenza di questi risultati che denotavano la necessità di attivare percorsi di formazione a tutti i dipendenti, nel corso del 2018 è stato predisposto, su iniziativa del Gruppo regionale dei Responsabili dell’Anticorruzione, con la presenza dell’Agenzia Re-

gionale Sanitaria e di Regione Liguria, un nuovo corso FAD sulle tematiche della prevenzione della Corruzione, dal titolo “La legge n. 190, i Piani e le misure anticorruzione” rivolto a tutti i dipendenti sia dirigenti sia del comparto anche non operanti nelle aree a rischio. Questa ASL 3 risulta fornitrice della piattaforma MOODLE che mette a disposizione il suddetto corso a tutte le Aziende Liguri.

Per la prima volta, in ambito ligure, viene realizzato un progetto formativo comune in tale ambito.

Con nota id n. 63193583 del 12/11/2018 il RPCT ha formalmente richiesto alla S.C. Aggiornamento e Formazione l’attivazione della procedura per l’accreditamento presso la Commissione Regionale ECM. Il corso è disponibile dal 03/12/2018 sino al 31/12/2019.

Sempre nel 2018, a livello regionale, è stato attivato un corso obbligatorio, tenuto da un docente dell’Università Tor Vergata di Roma – Scuola Nazionale dell’Amministrazione – riservato alla dirigenza, che ha trattato delle tematiche relative alla mappatura dei processi, all’analisi del rischio ed alla progettazione delle misure. Con nota prot.n. 59563643 del 20/04/2018 il RPCT ha comunicato i contenuti del corso, le finalità invitando i dirigenti rientranti nelle aree a rischio dell’Azienda a partecipare in una delle due seguenti edizioni:

- 17 e 18 maggio 2018 dalle ore 09.00 alle ore 18.00
- 24 e 25 maggio 2018 dalle ore 09.00 alle ore 18.00.

Ha avuto luogo presso l’Aula A, Centro Congressi Ospedale Policlinico San Martino, IST Nord(ex CBA). Di taglio teorico pratico, ha previsto anche laboratori di approfondimento ed è stato apprezzato particolarmente dagli interessati.

Questo percorso formativo, meno nozionistico e più pragmatico rispetto ad altri, è stato realizzato con lo scopo, da un lato, di evidenziare eventuali criticità presenti nei P.T.P.C.T. e, dall’altro, di fornire a tutti i responsabili di struttura, molti dei quali rivestono anche l’incarico di Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, le competenze necessarie e le tecniche corrette volte a individuare/analizzare i rischi di corruzione e a progettare conseguenti e concrete misure di prevenzione. Pertanto, la sperimentazione delle tecniche sulla gestione del rischio che abbiamo condotto durante i laboratori coordinati dal docente, dovranno servire come punto di partenza per una graduale rivisitazione del processo della gestione del rischio della nostra Azienda.

Successivamente tutti i dirigenti responsabili delle strutture a rischio sono stati invitati a trasmettere le slide del corso al proprio personale, in special modo ai coordinatori/facilitatori e ai componenti del gruppo di lavoro, costituito appositamente per occuparsi degli adempimenti relativi alla prevenzione della corruzione, comunicando i contenuti principali illustrati durante la suddetta attività formativa con particolare

attenzione a quanto appreso durante i laboratori pratici nei quali sono stati individuati rischi di corruzione di alcuni processi significativi e sono state progettate misure preventive.. Come già ribadito in precedenza durante l'incontro formativo, le attività connesse all'analisi dei processi, dei rischi e delle misure dovranno essere portate avanti secondo un approccio partecipativo, allargato, che tenga conto dell'esperienza dei soggetti coinvolti nelle procedure a rischio. Pertanto viene ritenuto indispensabile fin d'ora favorire quella circolarità delle informazioni e della conoscenza, all'interno degli uffici, indispensabile per rendere il lavoro di analisi efficace e concreto.

b) Incontri mirati a singoli Dipartimenti/Strutture con il coinvolgimento dei gruppi di lavoro

Si sono svolti incontri con alcune nuove strutture aziendali non ancora coinvolte nelle aree a rischio quali:

TIPOLOGIA DI INCONTRO	STRUTTURA INTERESSATA	DATA
Incontro su obiettivo performance: la gestione del rischio	S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria	01/06/2018
Incontro su obiettivo performance: la gestione del rischio	S.S. Gestione Rifiuti Sanitari (SSD Gestione Rifiuti)	17/09/2018
Incontro sulla gestione del rischio alla luce della nuova procedura definita da ALISA	Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze	21/12/2018
Incontro su obiettivo performance: la gestione del rischio	S.C. Servizio Legale (S.C. Avvocatura)	05/07/2018
Incontro su obiettivo performance: la gestione del rischio	Servizio Prevenzione e Protezione	19/11/2018
Incontro su obiettivo performance: la gestione del rischio	S.S.D. Tutela Salute Ambito Penitenziario	15/01/2019

Incontro su obiettivo performance: la gestione del rischio	S.S.D. Telecomunicazioni e progetti strategici per l'integrazione	Due incontri informali non verbalizzati
---	--	--

Tabella n. 5: Incontri con nuove Strutture

Incontri con le strutture aziendali che già rientravano nelle aree a rischio, nello specifico:

TIPOLOGIA DI INCONTRO	STRUTTURA INTERESSATA	DATA
Incontro su obiettivo performance: la gestione del rischio (processo unificato ALPI)	POU (Direzione Medica Ospedaliera e Direzione Amministrativa)	27/06/2018
Incontro su obiettivo performance: la gestione del rischio (processo unificato ALPI)	S.C. Riqualificazione Edilizia	05/12/2018
Stesura nuovo Questionario personalizzato (Obiettivo di performance) e aggiornamento del rischio	Distretti sanitari	31/05/2018 – 27/09/2018

Tabella n. 6: Incontri con Strutture rientranti nel registro dei rischi

c) Formazione interna agli uffici - Incontri di divulgazione delle norme del Codice di Comportamento aziendale

Per l'anno 2018 (così come avvenuto nel 2017) è stato previsto, per i Dirigenti Responsabili di Struttura, un obiettivo specifico di budget relativo alla tenuta di incontri di divulgazione e approfondimento sui contenuti dei Codici di Comportamento.

Nello specifico i dirigenti avevano il compito di accertarsi della conoscenza del nuovo Codice di Comportamento (dando conto delle novità intervenute e illustrate nel successivo paragrafo) tra i propri dipendenti attraverso incontri formativi/illustrativi e di predisporre un verbale sottoscritto dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione). Quest'ultimo ha trasmesso i verbali, sottoscritti, al RPCT.

L'attività di divulgazione del codice ha riguardato tutte le strutture rientranti nelle aree a rischio (ad esclusione della S.S. Servizio Ispettivo e Attività Extra Istituzionali e il Servizio di Prevenzione e Protezione).

Questa formazione specifica è stata individuata anche come obiettivo di performance e sarà valutata nel corso della rendicontazione (relazione performance).

b) Codici di Comportamento

I Codici di condotta sono probabilmente gli strumenti più noti «dell'integrity management», volti a tracciare il contesto entro cui i dipendenti sono tenuti a svolgere i loro doveri, arrivando a definire in modo chiaro i comportamenti inaccettabili.

Offrono ai dipendenti alcune regole di comportamento che vanno al di là del rispetto della legge, collocandosi in quelle zone grigie che separano i comportamenti sicuramente leciti da quelli gravemente sanzionati.

Il Piano nazionale Anticorruzione (PNA) li considera una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in essi contenute «regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tale via, indirizzano l'azione amministrativa». (da Corso FAD interno "La prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa).

Con Del n. 305 del 28/06/2018 questa Azienda ha adottato l'aggiornamento del proprio Codice di Comportamento. Le novità principali possono essere così riassunte

- 1) favorire un collegamento più stretto con il P.T.P.C.T. e con il Codice Disciplinare in base alla gestione del rischio (ed al suo monitoraggio) oltre che a prevedere per gli uffici delle aree a rischio una serie di obblighi di comportamento specifici (ad esempio prevedendo il rispetto delle misure di prevenzione individuate sul P.T.P.C.T.);
- 2) rendere il Codice meno generico e più specifico alla realtà dell'ente;
- 3) favorire un'integrazione "sostanziale" con il Codice Disciplinare (eliminando nel Codice di Comportamento tutte le violazioni già presenti sul Codice Disciplinare);
- 4) indicare precise sanzioni in relazione alle violazioni dei singoli obblighi contenuti sul codice in modo da rendere lo strumento più pratico e concreto.

L'aggiornamento del Codice di Comportamento è avvenuto con procedura aperta secondo quanto dispone il c. 5 dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001; "ciò al fine di acquisire suggerimenti e proposte di modifica/integrazione da parte di tutto il

personale per una migliore formulazione del test. La procedura favorisce altresì una maggiore consapevolezza e sensibilizzazione di tutti i dipendenti rispetto al contenuto dei Codici” (Agg. PNA 2018, pag. 43) Per favorire il più ampio coinvolgimento dei vari portatori d’interesse (stakeholder), come richiesto dall’art. 54 c. 5 del D. Lgs. n. 165/2001, i cittadini/utenti, le associazioni che compongono il Comitato Misto Consultivo (i cui membri hanno ricevuto una comunicazione diretta e personalizzata l’08/05/2018)), i sindacati, o altre forme di organizzazioni rappresentative di interessi e/o che fruiscono delle attività e dei servizi prestati da questo ente, sono stati invitati a presentare eventuali proposte di modifica e/o integrazione, Le proposte dovevano essere presentate entro il 27/05/2018 all’indirizzo codicedicomportamento@asl3.liguria.it. Allo scopo è’ stato appositamente predisposto un documento denominato "Modulo per la raccolta di modifica/integrazione del Codice di Comportamento Aziendale" e per favorire una maggiore comprensione dei contenuti del Codice, è stato reso disponibile anche un file in cui è stato messo a confronto il Codice Aziendale previgente, con una bozza di quello che sarebbe successivamente diventato il nuovo Codice della Asl3.

c) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Questa misura di prevenzione è disciplinata dagli artt. 6 e 7 del D.P.R. n. 62/2013 e dagli stessi artt. del nuovo Codice di Comportamento Aziendale che fornisce le necessarie indicazioni operative:

<http://www.asl3.liguria.it/component/publiccompetitions/document/7590.html?view=document&id=7590:aggiornamento-del-codice-di-comportamento-della-a-s-l-3&Itemid=598>

Inoltre, con nota prot. n. 64333 del 19/05/2015 il RPCT (a firma congiunta con il Direttore del Personale) hanno trasmesso l’informativa sull’obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, trasmettendo i modelli di dichiarazione sostitutiva a tutte le strutture dell’Azienda.

d) Incarichi extra-istituzionali

Per conflitto di interesse non si intende soltanto la presenza di legami di natura economica tra i dipendenti e soggetti esterni all’amministrazione, che potrebbero inficiare il principio di correttezza e di imparzialità, come specificato nell’art. precedente, ma anche lo svolgimento di incarichi privati (extraistituzionali) degli stessi dipendenti, che potrebbero entrare in conflitto con la propria attività di pubblici dipendenti.

Per questa ragione la L. 190/2012 ha modificato l'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 imponendo l'obbligo a tutti i dipendenti di una preventiva autorizzazione della propria amministrazione per l'espletamento di attività lavorative retribuite.

Questa Azienda, in attuazione delle disposizioni del succitato art. 53, ha predisposto un apposito regolamento, adottato con Del. n. 50 del 28/01/2013, nel quale sono contenuti i principi ed i criteri sulla disciplina delle autorizzazioni agli incarichi extra-istituzionali. Con la Del. n. 131 del 15/03/2017 il succitato regolamento è stato integrato e modificato.

I contenuti del Regolamento sono stati recepiti anche nel Codice di Comportamento Aziendale.

Al fine di monitorare efficacemente l'applicazione di questa misura obbligatoria e per venire incontro alle richieste dell'Autorità Anticorruzione, l'ufficio del Personale competente al rilascio delle autorizzazioni compila la parte del Questionario sul rispetto del P.T.P.C.T. relativa ai dati di cui all'art. 53, da cui si evincono le seguenti informazioni:

- il numero di richieste autorizzate e non, distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti;
- le eventuali segnalazioni di incarichi extraistituzionali (nel qual caso va indicato anche se le segnalazioni sono pervenute attraverso l'istituto del "whistleblower" o mediante altro canale).

e) Inconferibilità - incompatibilità ex D.Lgs. n. 39/2013

Come dettagliatamente rappresentato nei precedenti P.T.P.C.T. con Del. ANAC n. 149 del 22/12/2014 è stato ridefinito il perimetro di applicabilità della misura di prevenzione "generale" di cui agli artt. 5, 8, 10 e 14 del D.Lgs. n. 39/2013 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli enti provati in controllo pubblico" negli enti sanitari, restringendolo al Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario. Pertanto gli obblighi previsti, che in precedenza questa Asl aveva esteso a tutti i dirigenti rimangono in vigore esclusivamente per le figure di vertice.

f) La rotazione del personale

L'attuazione della rotazione ordinaria, prevista dal c. 5 dell'art. 1 della L. n. 190/2012, sta riscontrando diversi problemi nella nostra Azienda a causa di una eccessiva carenza di organico specialistico/dirigenziale e di una articolazione capillare degli uffici dislocati in un territorio molto vasto; inoltre la distribuzione demografica tutta sbilanciata verso la terza età (come attesta anche l'analisi relativa al contesto esterni/interno) ostacola quel cambiamento culturale e di mentalità fondamentale per rendere concretamente applicabile una misura che prevede necessariamente una certa flessibilità nei comportamenti e nella modalità di svolgimento del lavoro e richiede, nel contempo, una propensione alla condivisione delle conoscenze professionali e alla circolarità delle informazioni.

La mancata attuazione della rotazione non riguarda certamente solo la nostra Azienda: l'Anac, nell'ambito dell'attività di vigilanza svolta nel triennio 2016 – 2018 ha evidenziato, infatti, come la rotazione non venga attuata dalla maggioranza degli enti né, tantomeno, vengano adottate misure alternative alla rotazione (come la “segregazione delle funzioni”). I PNA 2017, l'aggiornamento 2018 (ma soprattutto il PNA 2016) hanno pertanto rimarcato la necessità di porre in essere tutte le azioni necessarie per rendere la rotazione uno strumento concretamente operante nelle amministrazioni definendo i principi e i criteri per progettare in concreto:

1. Indicazione dei criteri ben definiti:

- Individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione (mappatura)
- Periodicità della rotazione
- Tipologia (funzionale e/o territoriale)

2. Fonti della disciplina in materia di rotazione

3. Indicazione della durata della rotazione tenendo presenti i vincoli soggettivi (diritti sindacali, L. 104 ecc..) e oggettivi (ovvero che la misura non nuoccia al buon andamento e alla continuità dell'azione amministrativa)

4. Previsione di misure alternative qualora i vincoli soggettivi/oggettivi o criticità di natura organizzativa non rendessero concretamente realizzabile

Tali indicazioni sono state recepite negli obiettivi strategici a cui si rinvia. L'impegno assunto con la definizione di questo obiettivo strategico si propone come risultato minimo quello di proporre interventi idonei a rimuovere gli ostacoli che attualmente ne impediscono la realizzazione.

Quantunque non programmata e non definita a livello di organizzazione generale la rotazione è comunque applicata nella nostra Azienda limitatamente ad alcuni uffici come misura specifica di prevenzione (si rinvia all'allegato n. 2 del presente Piano "registro dei rischi e trattamento - foglio rotazione" per l'elenco dei processi che adottano questa misura). Per due Strutture (PSAL e S.C. Ingegneria Clinica) è stata anche richiesta la trasmissione al RPCT di una breve relazione sulla concreta applicazione della rotazione (previsto anche come obiettivo di performance).

Per quanto concerne la rotazione straordinaria, ovvero la rotazione del "personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva" (art. 16 c. 1 lett I-quater), l'aggiornamento 2018 al PNA ha rilevato che tale disposizione venga disattesa anche a causa della "tendenza delle amministrazioni di sospendere eventuali procedimenti disciplinari in attesa della conclusione di procedimenti penali a carico del medesimo soggetto, nonostante l'orientamento normativo volto a rendere autonomi i due procedimenti, cfr. D.Lgs. n. 150/2009 (aggiornamento 2018 al PNA)". Orbene, premesso che questa Asl3 non ha avviato procedimenti disciplinari per comportamenti riconducibili a atti o fatti di natura corruttiva, dall'analisi delle violazioni disciplinari e dalle modalità di svolgimento dei conseguenti procedimenti è emerso che anche in Asl3 ci sia tendenza a sospendere il procedimento in attesa della pronuncia del giudice. Sarà pertanto necessario stabilire degli incontri con l'UPD per trovare una soluzione adeguata che consenta di rispettare l'orientamento normativo e le disposizioni del PNA.

g) Revolving doors o pantouflage

Contenuti della norma:

Un'altra misura volta ad impedire l'insorgere di conflitti di interesse è il cosiddetto "revolving doors" (o "pantouflage"), il cui significato è duplice.

Il primo (revolving door "preventivo") è ravvisabile all'art. 4 del D.Lgs. n. 39/2013, il quale vieta a coloro, che nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato o finanziati dall'amministrazione o dall'ente pubblico che conferisce l'incarico ovvero abbiano svolto in proprio attività professionali, se queste sono regolate, finanziate o comunque retribuite dall'amministrazione o ente che conferisce l'incarico, il conferimento di incarichi dirigenziali. Esso trova applicazione nei confronti dei direttori di vertice, per le cui motivazioni si rimanda alla lettera e) della Parte Quarta.

Questa Azienda sta già monitorando l'applicazione del revolving door "preventivo" mediante la dichiarazione generale sulla inconfiribilità ed incompatibilità a cui si è fatto cenno al punto precedente del Piano (limitatamente ai vertici dell'Azienda).

Il secondo (revolving door "successivo") si può rintracciare nel comma 16-ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 innovato dalla L. n. 190/2012:

16-ter. 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.

Scopo:

Lo scopo della norma è quello di evitare che "i dipendenti della PA orientino le proprie scelte non in maniera imparziale ma al fine di precostituirsi, rispetto ai privati su cui tali scelte sono destinate ad incidere, posizioni di favore da sfruttare professionalmente dopo la cessazione dell'impiego pubblico" (Del. ANAC n. 8 dell'08/02/2017). L'ANAC in occasione dell'aggiornamento 2018 al PNA ha precisato che per dipendenti che esercitano poteri autoritativi e negoziali non si debbano intendere solo il dirigente (o funzionario che svolge un incarico dirigenziale) ma anche il dipendente che "ha il potere di incidere sulla decisione oggetto del provvedimento finale [...rilasciando] pareri, perizie, certificazioni".

Criticità:

L'ANAC ha evidenziato un vulnus della norma in quanto una volta accertata l'effettiva violazione non viene precisato il soggetto che dovrebbe decidere l'annullamento dei contratti e degli incarichi conferiti (e delle altre sanzioni previste dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001).

Applicazione della misura in Asl3:

In attesa delle opportune modifiche da parte del legislatore questa Asl3 prevede per applicare in modo concreta la suddetta misura le seguenti azioni

- inserimento nei contratti di conferimento degli incarichi dirigenziali della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di

contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente (già prevista in precedenza);

- inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti anche mediante procedura negoziata, della condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non avere attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto (già prevista in precedenza);
- esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali dovesse emergere la situazione di cui al punto precedente (già prevista in precedenza);
- invito a tutti i dipendenti che ne vengano a conoscenza di comunicare violazione del divieto di pantuflage (disposizione non ancora prevista; verrà comunicata a tutti i dipendenti nel corso dell'anno);
- "obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantuflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma" (aggiornamento PNA 2018, pag. 32 nuova previsione);
- Obbligo da parte del RPCT di comunicare eventuali violazioni del divieto di pantuflage di cui venga a conoscenza;
- azioni in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53 c. 16 del D.Lgs. n. 165/2001 (già prevista in precedenza).

h) Whistleblower (Sentinella Civica)

E' definito whistleblower il dipendente pubblico, o il soggetto che a qualunque titolo collabora con la P.A., che denuncia atti illeciti di cui sia venuto a conoscenza all'interno dell'ente. La misura è stata introdotta dal c. 51 della L. n. 190/2012 e modificata dalla L. n. 179/2017.

L'ANAC in un recentissimo avviso ha comunicato che a partire dal 15 gennaio 2019 sarà disponibile per il riuso l'applicazione informatica *Openwhistleblowing (release 1.0.1)*, per l'acquisizione e la gestione delle segnalazioni di illeciti da parte dei pubblici dipendenti, che potranno compilare e inviare la denuncia al RPCT il quale, a sua volta, potrà

contattare il segnalante che ha segnalato la situazione di illecito senza conoscerne l'identità.

In attesa di verificare le modalità di installazione e di personalizzazione del programma si riporta la procedura attuale, che non prevede in sistema informatizzato, così come è stata concordata nel 2018 col il "Gruppo di Lavoro Regionale sull'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza nelle Aziende Sanitarie della Regione Liguria" inserita nella Relazione annuale a conclusione dei lavori presentata nella sala Auditorium V piano della sede della regione il 06/12/2018:

Il dipendente, o altro soggetto legittimato ai sensi della L. 179/2017, può effettuare la segnalazione di condotte e/o fatti illeciti utilizzando la Modulistica messa a disposizione da parte dell'ASL (inserire link che rimanda al modello aziendale)

La segnalazione, sottoscritta e datata, deve essere inviata direttamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, con le seguenti modalità .

Consegna a mani dirette del RPCT (il Responsabile provvederà a fissare un appuntamento all'interessato in modo da garantire il massimo della discrezionalità ed in adempimento all'obbligo di legge di garantire l'anonimato)

Invio mail al seguente indirizzo: silvia.simonetti@asl3.liguria.it evidenziano in oggetto il fatto che si tratta di segnalazione ai sensi della L. 179/2017).

Una volta scaricata la segnalazione, il RPCT provvederà:

- ad acquisire un protocollo riservato
- a rendere anonima la segnalazione, assegnando un codice identificativo alla copia della segnalazione (dato dal numero progressivo della segnalazione e dall'anno della segnalazione) e richiudendo l'originale della stessa – recante il nominativo e la sottoscrizione del segnalante – in busta chiusa, siglata sui lembi da parte del RPCT;
- ad eliminare dal dominio di posta elettronica il messaggio mail ricevuto dal segnalante;

Successivamente alla ricezione, il RPCT procederà ad effettuare una istruttoria sulla segnalazione in sintonia col dettato normativo, dando notizia al segnalante – nel rispetto dell'anonimato – circa l'esito di tale istruttoria. L'istruttoria dovrà essere effettuata lasciando traccia – mediante apposita verbalizzazione anche in forma sintetica - dell'attività svolta.

NB:

L'anonimato del dipendente che segnala illeciti deve essere tutelato anche nei confronti dei vertici dell'amministrazione (Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario) a meno che il segnalante non presti il proprio consenso come previsto dal c. 3 dell'art. 54 – bis del D.Lgs. n. 165/2001.

Ogniqualvolta si rendesse necessario verificare l'originale della segnalazione, il RPCT dovrà redigere apposito verbale recante le ragioni che hanno determinato la necessità di procedere all'apertura del plico e la descrizione della attività svolte; una volta completata la procedura l'originale della segnalazione dovrà essere nuovamente sigillato in apposita busta siglata sui lembi da parte del RPCT.

Oggetto della segnalazione:

Le condotte illecite oggetto di segnalazione non riguardano solo i reati contro la pubblica amministrazione di cui al titolo II Capo I del codice penale ma, in linea con la definizione estensiva di corruzione fornita dai PNA, possono riguardare qualunque altro fatto in cui sia ravvisabile un abuso da parte di un dirigente/dipendente del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Il concetto di corruzione, inteso in senso allargato, ricomprende anche tutti quei fenomeni di malcostume definiti malamministrazione (maladministration).

La segnalazione di fatti illeciti non deve basarsi su voci, su semplici sospetti e/o pregiudizi. Il segnalante deve riportare fatti o situazioni di cui sia certo o, almeno, che ritenga altamente probabile che si siano verificati. Pertanto la segnalazione deve essere effettuata in buona fede: l'istituto non deve essere individuato per esigenze individuali, ma finalizzato a promuovere l'etica e l'integrità della P.A. (PNA 2016). La tutela pertanto non si estende ai casi nei quali il whistleblower agisca in mala fede.

Conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci

In caso di segnalazione calunniosa o diffamatoria il whistleblower è perseguibile disciplinarmente, civilmente e penalmente. Egli non è esente da responsabilità disciplinare anche nell'eventualità che la segnalazione sia predisposta con lo scopo di ledere la reputazione e l'onore del denunciato o di altri soggetti terzi, di risultare manifestamente opportunistica e, comunque, ogniqualvolta l'intenzione del denunciante sia quella di strumentalizzare l'istituto oggetto del presente articolo.

Segnalazione di misure discriminatorie a carico di dipendenti che hanno segnalato illeciti

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, con le stesse modalità previste per la segnalazione di illeciti.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto:

- al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la discriminazione. Il dirigente valuta tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa;
- all'U.P.D., che valuta la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- alla S.C. Avvocatura: quest'ultima Struttura valuta, congiuntamente al Direttore Generale, la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per danno all'immagine dell'ASL;
- all'Ispettorato della funzione pubblica con specifica richiesta di valutare la necessità di avviare un'ispezione al fine di acquisire ulteriori elementi per le successive determinazioni.

Divieto di accesso

Come evidenziato dal comma 4 dell'art. 54 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., la denuncia del whistleblower non può essere oggetto di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 24, comma 1, lett. a), della l. n. 241/90 s.m.i..

Il divieto di accesso riguarda anche l'istituto di accesso civico generalizzato ex art. 5 c. 2 D.Lgs. n. 33/2013, con riferimento sia ai dati personali relativi al segnalante sia al contenuto della segnalazione, all'istruttoria e a tutte le fasi del processo.

La modulistica è scaricabile al seguente indirizzo

<http://www.asl3.liguria.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-nuovo/altri-contenuti.html>

i) Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.

Con riferimento a quanto disposto dall'art. 35 – bis del D.Lgs. n. 165/2001 “Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici”:

1. coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

2. la disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

Gli uffici competenti devono procedere sempre alle verifiche di cui sopra mediante accertamento d'ufficio o mediante autocertificazione degli interessati.

Parte Quinta - Esiti del monitoraggio 2018 relativo alla prevenzione della corruzione e della trasparenza

Nell'anno 2018 sono stati svolti i seguenti monitoraggi:

- a) Monitoraggio della gestione del rischio
- b) monitoraggio sul trattamento del rischio;
- c) monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T., dei Codici e della sezione relativa alla trasparenza;
- d) controllo sui procedimenti disciplinari.
- e) Monitoraggio sui tempi dei procedimenti

a) Monitoraggio della gestione del rischio

Nelle more dell'applicazione generalizzata della nuova metodologia sulla gestione del rischio, descritta nella parte seconda, è stato chiesto a tutte le strutture già in precedenza inserite nell'elenco del registro dei rischi di rivedere quanto indicato nel 2017, utilizzando le stesse tabelle impiegate in precedenza al fine di rendere il lavoro di analisi più puntuale e concreto.

Nell'ultima colonna del file dell'all.to. 2 "registro dei rischi e trattamento" sono riportate alcune brevi annotazioni sull'aggiornamento svolto dagli uffici e da un confronto con i dati presentati nel 2017.

Come si può facilmente constatare dalla verifica delle tabelle trasmesse è emerso che la maggior parte degli uffici si sia limitato a ritrasmettere le tabelle così come ricevute senza alcuna modifica, se non di carattere meramente formale. Pochi uffici hanno cercato realmente di rivisitare la descrizione dei processi e meglio approfondire i rischi insiti negli stessi. Identico discorso potrebbe farsi per quanto riguarda le misure specifiche.

Ciò ci porta a ritenere ancor più impellente una modifica nella metodologia che fornisca strumenti più idonei e immediati in modo da favorire quell'approfondimento nell'analisi, ora carente, indispensabile per innalzare il livello qualitativo del processo della gestione del rischio di questa Azienda.

Nel corso del 2018 ha avuto un discreto risultato l'affiancamento alle Strutture nella materia. Pertanto si ritiene opportuno anche in futuro proseguire con il suddetto affiancamento.

b) Monitoraggio sul trattamento del rischio

Questo monitoraggio mira a verificare l'effettiva attuazione delle misure da parte di quelle strutture che già nel 2017 erano state coinvolte nella gestione del rischio e che avevano definito specifiche misure di prevenzione per mitigare il rischio di corruzione dei propri processi. Alle strutture che solo quest'anno sono state interessate al processo di individuazione dei rischi e del successivo trattamento sarà chiesto di effettuare il monitoraggio nella seconda metà del 2019.

Secondo le disposizioni fornite dal RPCT e inviate direttamente a ciascun ufficio (trasmesse per mail nel periodo agosto/settembre 2018) il monitoraggio è consistito nell'indicare la percentuale di applicazione della misura rispetto al numero di processi avviati nell'anno (da 0 a 100%). Qualora la complessità delle attività lo richiedevano un maggiore approfondimento il dato numerico poteva essere sostituito da una breve descrizione delle attività svolte e di eventuali aspetti critici che ne hanno ostacolato l'applicazione.

Da un'analisi dei monitoraggi pervenuti (a prescindere dalla reale incidenza di tali misure nel contrastare i rischi) si evidenzia una sostanziale applicazione delle misure indicate. Tali dichiarazioni saranno gradualmente verificate dai controlli audit già partiti nel 2018 e che proseguiranno negli anni successivi.

c) Monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento

La relazione annuale sull'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione, della trasparenza e delle norme contenute nel Codice di Comportamento, prevista dal Piano Anticorruzione 2018 - 2019, consiste in una serie di brevi questionari, costituiti da domande, elaborate sulla base del modello di relazione predisposta dall'ANAC ex art. 1 c. 14 L. n. 190/2012. Le domande hanno lo scopo, da un lato, di appurare l'assolvimento degli obblighi, la conoscenza ed il rispetto delle misure di prevenzione introdotte nelle strutture della Asl3, dall'altro di comprendere, a grandi linee, l'organizzazione di cui i vari uffici si sono dotati per rendere possibile l'applicazione della normativa anticorruzione. Questo sistema di reporting è predisposto e indirizzato ai Referenti della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza così come individuati nel P.T.P.C.T.

Le domande sono state formulate anche con lo scopo di valutare il livello di conoscenza e comprensione da parte dei Referenti delle attività svolte dai dirigenti sotto ordinati e per mettere in rilievo la qualità dell'interlocuzione intercorsa tra i dirigenti e il proprio Direttore /Referente. I quesiti posti servono pertanto non solo a evidenziare il livello di applicazione e vigilanza delle norme di prevenzione, ma anche a rilevare le eventuali criticità riscontrate. Sono gradite proposte per migliorare la struttura organizzativa, l'ana-

lisi del processo del rischio e per innalzare il livello di trasparenza. Le risposte, a seconda dei casi, sono a contenuto libero, ovvero predeterminato da un menu a tendina. E' stata inserita una terza colonna denominata "Precisioni", in cui è possibile appunto dettagliare meglio le risposte. Sotto questa colonna i Referenti possono indicare anche i dati, le peculiarità e le eventuali problematiche delle singole strutture afferenti al proprio Dipartimento. Da quanto precisato sopra risulta chiaro lo spirito con cui questi questionari sono stati pensati: non si tratta di uno strumento valutativo per accertare chi si sia attenuto più scrupolosamente alle indicazioni impartite, ma aumentare la consapevolezza dei contenuti della normativa anticorruzione e della trasparenza.

In considerazione degli obblighi ulteriori previsti dalle norme e dai piani sono stati predisposti questionari specifici rivolti alla Personale - UPD e agli uffici che si occupano delle servizi, forniture e lavori. La struttura e le modalità di compilazione sono le stesse di quelli generali. Naturalmente, i Responsabili di queste strutture sono tenuti a compilare anche i questionari generali.

Nel 2018 sono pervenuti i risultati dei questionari consentendo al RPCT di possedere uno strumento di valutazione per individuare gli aspetti della normativa fin qui attuati secondo quanto richiesto dalle disposizioni dei PNA e gli aspetti critici su cui ancora è necessario focalizzare l'attenzione nel futuro.

I risultati sono stati accorpati in una unica tabella: *All.to 4_tabella aggregata questionario sul rispetto del PTPCT, trasparenza e Codice* composta di tre fogli: il primo riguarda le attività dei Distretti sanitari, il secondo i Dipartimenti (Referenti), il terzo le strutture prive di referenti.

La valutazione dei dati mostra un discreto livello di recepimento della normativa e degli adempimenti formali, mentre continua a evidenziarsi un dato ancora non del tutto soddisfacente sul recepimento di altri obblighi meno formali, come ad esempio quelli relativi al corretta procedura del processo della gestione del rischio in quanto in molti uffici, da quanto dichiarato dagli stessi Referenti/dirigenti, l'analisi dei processi e dei rischi viene condotta dal solo dirigente (o al massimo dal suo funzionario di riferimento) senza una effettiva partecipazione dell'intero personale e senza una preventiva costituzione di un apposito gruppo di lavoro.

In alcuni casi è stata rilevata una certa approssimazione nella compilazione del Questionario evidenziando lacunosità e imprecisione nelle risposte (con conseguente necessità di contatto telefonico, mail al fine di ottenere risposte o correggere le risposte non chiare).

Inoltre spesso i coordinatori/facilitatori dei Dipartimenti e i Referenti stessi si sono limitati a ricevere questionari dei singoli uffici senza analizzarli nella loro globalità e senza aggregarli in una unica scheda come espressamente richiesto dal P.T.P.C.T.

Da un confronto con i dati dell'anno scorso si registra, comunque, un leggero miglioramento nella completezza dei dati nel recepimento degli obblighi sia del PTPCT sia del Codice di Comportamento

Con riferimento al rispetto della tempistica, invece, si confermano le difficoltà avute negli anni precedenti: molte strutture non hanno rispettato le tempistiche di consegna rendendo difficile per il RPCT di disporre in tempo di tutti i dati necessari per una complessiva valutazione delle attività svolte in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione per l'adozione del presente P.T.P.C.T.

Al fine di correggere le sopraindicate criticità, si è pensato di ricorrere, per l'anno 2019, ad un sistema differente.

Premesso che questa azienda è organizzata in Dipartimenti, e che il Direttore di Dipartimento è, di norma, anche referente per l'anticorruzione e la trasparenza, si è pensato di utilizzare le riunioni di Dipartimento per far compilare il questionario, in modo da poter, in quella sede, compilare il questionario.

In particolare, le azioni da intraprendere sono le seguenti:

- predisporre, nel mese di ottobre 2019, un calendario da proporre a tutti i direttori di dipartimento coinvolti, in modo che possano convocare le relative riunioni, dando come ordine del giorno anche la compilazione del questionario (in modo che tutti possano partecipare con i dati necessari per la compilazione);
- partecipare alle riunioni, dotati di un pc portatile, per compilare in tempo reale i questionari, poter rispondere ai dubbi interpretativi e fornire un miglior servizio ai colleghi.

In questo modo si eviteranno ritardi ed errori nella compilazione si spera si riuscirà ad ottenere dati più completi e attendibili.

I dati dei questionari pervenuti sono stati analizzati ed è stata realizzata una tabella aggregata che costituisce l'all.to n. 3 del presente Piano.

d) Controlli sui procedimenti disciplinari

Il c. 6 dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001 e l'art. 15 del D.P.R. n. 62/2013 richiedono ai singoli dirigenti, alle strutture di controllo interno ed agli uffici di disciplina di vigilare sull'applicazione dei Codici di Comportamento interno.

In particolare, l'art. 15 c. 3 del succitato DPR n. 62/2013 dispone che sia l'UPD a curare l'esame delle segnalazioni di violazione del Codice di Comportamento e la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate.

Con riferimento ai controlli sui procedimenti disciplinari è stato disposto che l'UPD debba:

- raccogliere le segnalazioni delle condotte illecite e sanzionate con particolare riguardo alla violazione dei Codici assicurando le garanzie di cui all'art. 54 – bis del D.Lgs. n. 165/2001;
- predisporre e trasmettere delle schede annuali da trasmettere al RPCT, nelle quali siano diffusi in forma anonima i dati riguardanti i procedimenti disciplinari, con particolare riferimento alle norme del Codice violate, le aree e le strutture in cui si sono verificate le suddette violazioni, la tipologia delle infrazioni e le sanzioni irrogate, con particolare riguardo alle segnalazioni di illeciti ex art. 54 D.Lgs. n. 165/2001 e delle eventuali denunce di situazioni discriminatorie a danno delle sentinelle civiche.

Riguardo al punto precedente, per garantire un monitoraggio puntuale si svolgono incontri tra il RPCT e l'UPD nel corso dell'anno al fine di verificare con tempestività la situazione dei procedimenti e il livello di legalità in Azienda.

Anche alla luce dei dati richiesti nella relazione annuale dalle schede summenzionate dovranno risultare i seguenti dati:

- il numero di segnalazioni che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi;
- Il numero di procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico di dipendenti;
- Il numero dei procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti riconducibili a reati relativi ad eventi corruttivi, distinguendo quelli a carico di dirigenti e quelli a carico del personale del comparto, specificando la norma del codice penale violata.

- In base ai dati forniti dall'UPD i risultati, aggiornati al 31 dicembre 2018, verranno resi disponibili su "Amministrazione Trasparente nel format che segue:

RIF.	OBBLIGHI PREVISTI	OBBLIGHI SVOLTI
A	Violazioni disciplinari	
1A	Indicare il numero di procedimenti disciplinari direttamente affidati all' UPD (distinti tra dirigenti e del comparto)	
2A	Indicare il numero di procedimenti disciplinari "minori"	
3A	Indicare le aree di rischio in cui si sono verificate violazioni che hanno dato avvio ai procedimenti affidati all'UPD (specificando l'ufficio che rientra tra quelli esposti al rischio corruzione)	
4A	Indicare le aree di rischio in cui si sono verificate violazioni che hanno dato avvio ai procedimenti "minori" (specificando se si tratta di un ufficio rientrando tra quelli esposti al rischio corruzione)	
5A	Indicare il numero di procedimenti disciplinari per violazioni di norme penali (distinti tra dirigenti e del comparto)	
6A	Per ogni procedimento indicare le sanzioni comminate:	
7A	Indicare il numero di procedimenti disciplinari per violazioni di norme penali relative alla corruzione	
8A	Indicare il tipo di art. del Codice Penale violato (peculato art. 313; concussione art. 317; corruzione per l'esercizio di funzione art. 318; corruzione in atti giudiziari art. 319 - ter; induzione indebita a dare o promettere utilità art. 319 - quater; corruzione di persona incaricata di pubblico servizio art. 320; corruzione di persona incaricata di pubblico servizio; istigazione alla corruzione art. 322; altro)	
9A	Indicare le aree di rischio dei procedimenti disciplinari istruiti per violazione di norme penali connesse a reati di corruzione (specificando: a) l'ufficio se rientra tra quelli esposti al rischio corruzione; b) se si tratta di personale dirigenziale o del comparto).	
10A	Indicare le sanzioni dei procedimenti disciplinari per violazioni del penale (e nello specifico di quelle corruttive)	
11A	Indicare il numero di violazioni del codice (procedimenti maggiori)	
12A	Indicare il numero di violazioni del codice (procedimenti minori)	
13A	Indicare le aree di lavoro dei dipendenti coinvolti nei procedimenti disciplinari	
14 A	Indicare le aree di lavoro dei dipendenti coinvolti nei procedimenti disciplinari per violazione dei codici di comportamento	
15 A	I dipendenti sottoposti a procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva sono stati ruotati (art. 16 c. I - quater D.Lgs. n. 165/2001)?	

Tabella n. 7: Monitoraggio procedimenti disciplinari

e) Verifica del monitoraggio sui tempi dei procedimenti

L'art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012 dispone che: "Le amministrazioni provvedono altresì al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio sono consultabili nel sito web istituzionale di ciascuna amministrazione".

A partire dal 2014 questa Azienda ha avviato il suddetto monitoraggio secondo una procedura che è stata modificata nel corso del tempo per rendere la raccolta dei dati più razionale e precisa e che prevede l'invio trimestrale di schede sul numero di procedimenti avviati, conclusi e quelli conclusi in ritardo (per i dettagli della procedura si rinvia ai P.T.P.C.T. precedenti).

La verifica sull'effettiva pubblicazione delle schede è stata svolta periodicamente nel corso degli anni (compreso il 2018) visionando le pagine del sito su cui devono essere pubblicate le schede, verificando che le stesse fossero pubblicate in formato aperto e recassero i dati richiesti e in caso contrario richiedendo alle strutture inadempienti di provvedere agli aggiornamenti e alla trasmissione delle schede eventualmente mancanti. Tuttavia, anche per ragioni di tempo e di risorse disponibili il controllo si è limitato a una verifica formale senza analizzare a fondo il contenuto dei dati immessi e senza raffrontare i dati dei vari uffici. Nel 2018 si è deciso di verificare i monitoraggi dei tempi partendo dal biennio 2016 – 2017 analizzando nel dettaglio i dati immessi al fine di:

- I) Controllare in maniera più approfondita, rispetto alle verifiche periodiche effettuate durante l'anno, eventuali errori e omissioni delle informazioni richieste e la presenza o meno delle indicazioni sui termini dei procedimenti.
- II) Verificare per quanto possibile la coerenza (anomalie) dei dati inseriti.
- III) Confrontare il numero dei procedimenti conclusi in ritardo con i procedimenti mappati complessivamente e analizzare le motivazioni che hanno determinato il mancato rispetto dei tempi.
- IV) Proposte e correttivi per migliorare la qualità del monitoraggio relativo al 2019.

Le modalità di verifica sono state le seguenti:

- 1) Caricamento dei dati di tutte le strutture aziendali coinvolte del periodo 2016 – 2017 pubblicati su "Amministrazione Trasparente" in un'unica tabella in modo da visualizzare su uno stesso foglio i dati trimestre per trimestre
- 2) Inserimento di colonne relative ai procedimenti avviati e conclusi in modo da visualizzare immediatamente il trend sul numero di procedimenti avviati, conclusi e conclusi in ritardo

- 3) Aggiornamento delle denominazioni delle strutture aziendali a seguito delle modifiche organizzative intervenute nel corso del periodo preso a riferimento
- 4) Inserimento di dati riassuntivi anche con l'ausilio di grafici (istogrammi e areogrammi).

Lavoro svolto nel corso delle attività di verifica in base agli obiettivi prefissati:

- **Controllare in maniera più approfondita l'eventuale presenza di errori o di omissioni dei dati e la presenza di precise indicazioni sui termini dei procedimenti**

Il caricamento dei dati su un'unica tabella ha permesso di evidenziare errori e/o imprecisioni che durante le verifiche di routine condotte dal RPCT (e/o suoi collaboratori) non erano stati rilevati: ad esempio dati relativi ad un trimestre pubblicati anche nel trimestre successivo, tempi dei procedimenti e tipologia di procedimento non specificati, mancata indicazione dei procedimenti conclusi, mancata corrispondenza tra i dati presenti nella mappatura dei procedimenti con quelli del monitoraggio trimestrale (diversa denominazione dei procedimenti da un tabella all'altra). Inoltre, in certi casi, durante il processo di trasferimento dei dati è stata constatata una difficoltà nell'individuazione dei tempi dei procedimenti di alcune strutture perché i file pubblicati risultavano in alcuni casi piuttosto imprecisi (ad es. file di Excel costituiti da diversi "fogli" di cui solo uno è stato compilato ecc...). Nel corso dell'attività di trasferimento delle informazioni si è colta l'occasione per contattare le strutture interessate e richiedere l'inserimento più preciso dei dati e per acquisire i chiarimenti necessari (l'attività di aggiornamento è ancora in corso).

- **Verificare per quanto possibile la coerenza (anomalie) dei dati inseriti**

La presente verifica ha permesso di mettere in risalto alcune incongruenze:

- a) Alcuni procedimenti sono stati monitorati malgrado non siano previsti tempi di conclusione.
- b) Alcuni procedimenti pur prevedendo un termine superiore a tre mesi risultano avviati e conclusi nello stesso trimestre.
- c) In alcuni casi certi procedimenti non sono mai stati avviati nel corso del biennio 2016 – 2017, pur essendo mappati.

Al riguardo, potrebbe trattarsi di procedimenti non più rientranti, o non più attuali, nelle attività di competenza delle strutture e, pertanto, potrebbe risultare necessario verificarlo con le medesime.

- d) La mappatura ha riguardato anche procedimenti d'ufficio per attività interne all'amministrazione che sembrerebbero avere poca utilità per il cittadino e quindi potrebbero essere eliminati.
- e) Dalla verifica è emerso che alcuni procedimenti/processi sono stati avviati e conclusi attraverso meccanismi automatici; di conseguenza il monitoraggio dei termini risulta poco significativo.
- **Confrontare il numero dei procedimenti conclusi in ritardo con i procedimenti mappati complessivamente e analizzare le motivazioni che hanno determinato il mancato rispetto dei tempi**

Ai fini di un confronto sul numero di procedimenti che hanno registrato almeno una volta un ritardo rispetto al totale dei procedimenti presi in considerazione dal monitoraggio è stato elaborato il grafico n. 2 al quale si rimanda.

Per quanto concerne le cause che hanno determinato il ritardo nella conclusione dei procedimenti si evidenzia che le stesse si ripropongono nel corso dei trimestri; di conseguenza i correttivi proposti dalle stesse strutture non sono stati in grado di risolvere le criticità segnalate. Anche per questo il trend dei procedimenti conclusi in ritardo non risulta modificato nel corso del biennio oggetto della presente verifica, non registrando miglioramenti (vedi grafico n. 3). A seguito dell'analisi dei dati aggregati e da un confronto con i valori inseriti nei vari trimestri risulta che la maggioranza dei procedimenti, almeno nel corso del periodo considerato, non abbiano mai registrato ritardi nella loro conclusione neanche una volta, neanche ritardi trascurabili. Questo di per sé può essere sicuramente un fatto positivo; tuttavia in alcuni casi sembra più riconducibile ad un caricamento dei dati sui procedimenti in maniera meccanica che non tiene conto dei termini di avvio e di conclusione dei procedimenti, adempiendo al monitoraggio dei termini in maniera più formale che come uno strumento di prevenzione della corruzione e di trasparenza volto ad aumentare l'efficienza delle proprie attività e la qualità dei rapporti con i cittadini/utenti.

- **Proposte e correttivi per migliorare la qualità del monitoraggio relativo al 2019**

In base alle criticità sopra segnalate, per il futuro si propone rispetto alle stesse di:

criticità a): eliminare i processi che non prevedono un termine ovvero individuare una tempistica in modo da potere effettuare il monitoraggio;

criticità b): chiarire con le strutture interessate i problemi evidenziati ed eliminare il calcolo automatico nella cella relativa al "numero dei procedimenti fuori termine" in modo che sia possibile inserire statisticamente il valore corretto. Infatti, col calcolo automatico, un pro-

cedimento, se non viene concluso nello stesso trimestre di avvio, viene registrato come concluso in ritardo;

criticità c): richiedere agli uffici interessati di individuare nuovi procedimenti in sostituzione di quelli meno significativi o la cui competenza è passata ad altre strutture;

criticità d)/e): proporre l'esclusione dalle attività di monitoraggio trimestrale di tutti quei procedimenti avviati e conclusi con procedure automatizzate e, comunque, di tutte quelle ritenute di poco interesse per il cittadino (ad esempio eliminando molti procedimenti "di ufficio").

Sulla scorta della verifica delle cause e delle motivazioni dei ritardi si propone di:

- analizzare in maniera più approfondita le motivazioni prodotte dagli uffici che hanno dichiarato l'esistenza di procedimenti conclusi in ritardo in modo ricorrente nel corso del 2016 – 2017, per comprendere la natura delle cause (esterna o interna all'ufficio) e se risulti fattibile l'individuazione di misure "di prevenzione" che possano velocizzare i tempi dei procedimenti;
- favorire un lavoro più ragionato richiedendo alle strutture interessate al monitoraggio il calcolo dei tempi medi dei procedimenti nel corso del trimestre di riferimento. In questo modo sarebbe possibile verificare il livello di efficienza delle attività e calcolarlo nel corso del tempo.
- Per il monitoraggio del 2019 eliminare le tabelle attualmente utilizzate per il monitoraggio trimestrale sostituendole con una nuova tabella sulla base di quella utilizzata per la presente relazione (vedi all.to n. 1).

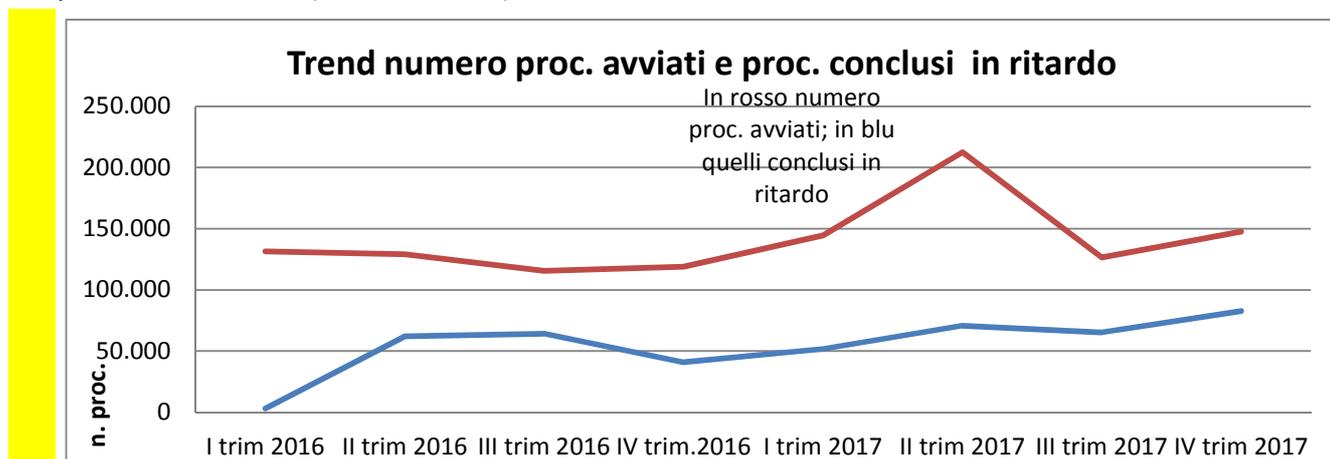


Tabella n. 8: trend e confronto tra numero dei procedimenti avviati e numero dei procedimenti conclusi in ritardo (biennio 2016 – 2017)