



***PIANO TRIENNALE  
DELLA PREVENZIONE  
DELLA CORRUZIONE  
E DELLA TRASPARENZA  
2020 - 2022***

# 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>L’aggiornamento del Piano anticorruzione all’insegna di una maggiore chiarezza e semplicità</i> .....	4
b) <i>Resoconto sul raggiungimento degli obiettivi strategici del triennio 2019 – 2020</i> .....	6
c) <i>Obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza nel triennio 2019 - 2021</i> .....	8
d) <i>Il processo di elaborazione del P.T.P.C.T: soggetti, compiti e responsabilità</i> .....	10
a) Soluzioni organizzative adottate .....	10
b) I soggetti interni .....	11
c) I soggetti esterni .....	18
Parte Seconda - La gestione del rischio: un nuovo approccio .....	19
a) <i>Introduzione</i> .....	19
b) <i>La partecipazione e supporto nel processo della gestione del rischio</i> .....	19
c) <i>Il contesto esterno</i> .....	20
d) <i>Il contesto interno- mappatura dei processi</i> .....	23
e) <i>La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione</i> .....	23
f) <i>Il trattamento del rischio</i> .....	25
g) <i>Gestione dei dati del processo di gestione del rischio</i> .....	27
h) <i>Il monitoraggio del trattamento del rischio</i> .....	27
i) <i>Auditing 2019</i> .....	28
Parte terza - La trasparenza amministrativa .....	29
a) <i>Organizzazione dei flussi informativi: i soggetti preposti all’individuazione, all’elaborazione e alla trasmissione dei dati</i> .....	29
b) <i>Organizzazione dei flussi informativi: la pubblicazione informatizzata dei dati</i> .....	30
c) <i>Disposizioni organizzative per assicurare la regolarità dei flussi informativi</i> .....	31
d) <i>Performance, trasparenza e P.T.P.C.T.</i> .....	33
e) <i>Iniziative di comunicazione con i portatori di interesse nel 2018</i> .....	34
f) <i>Principali attività di verifica svolte nel corso del 2019</i> .....	35
Parte Quarta - Le misure “generalì” .....	36
d) <i>Formazione in tema di anticorruzione</i> .....	36
e) <i>Codici di Comportamento</i> .....	38
f) <i>Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse</i> .....	38
g) <i>Incarichi extra-istituzionali</i> .....	39

h) Inconferibilità – incompatibilità ex D.Lgs. n. 39/2013 .....	40
i) La rotazione del personale.....	41
g) Revolving doors o pantouflage .....	42
h) Whistleblower (Sentinella Civica) .....	44
i) Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la P.A. ....	45
Parte Quinta - Il monitoraggio.....	46
a) Monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento.....	47
b) Controlli sui procedimenti disciplinari .....	47
c) Verifica del monitoraggio sui tempi dei procedimenti.....	48

#### **Allegati :**

- **Allegato n. 1: Elenco dei processi analizzati**
- **Allegato n. 2: Elenco dei processi non ancora aggiornati**
- **Allegato n. 3: Tabella di sintesi delle nuove misure specifiche progettate**
- **Allegato n. 4: Elenco fattori di contesto**
- **Allegato n. 5: Elenco responsabili trasmissione e pubblicazione dati obbligatori**
- **Allegato n. 6: Questionari di sintesi sul monitoraggio P.T.P.C.T. e Codice di Comportamento**
- **Allegato n. 7: Mappatura dei processi da sottoporre alla misura ordinaria della rotazione del personale**

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

### *a) L'aggiornamento del Piano anticorruzione all'insegna di una maggiore chiarezza e semplicità*

Il Piano triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.), rappresenta il documento fondamentale per la definizione della strategia di prevenzione della corruzione all'interno di questa Amministrazione.

Esso fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione, individuando specifiche misure di prevenzione; delinea anche gli aspetti organizzativi per il rispetto e la corretta applicazione delle misure e degli obblighi di prevenzione della corruzione e della trasparenza previsti dalla L. n. 190/2012, e relativi allegati, tenendo conto di quanto dispongono i PNA nazionali e le direttive dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Il presente Piano copre il triennio 2020 – 2022.

Viene adottato dalla Direzione Generale entro il 31 gennaio 2020 ed entro un mese dalla sua adozione verrà pubblicato in una specifica sottosezione di Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

Proseguendo nel percorso avviato l'anno scorso, volto a rendere il PTPCT un documento meno burocratico e più operativo favorendone la diffusione tra i dipendenti e i cittadini si è deciso di semplificarlo stralciando tutte le parti non necessarie, razionalizzando gli argomenti trattati, suddividendo quelli più complessi in tabelle di sintesi, che verranno pubblicate in allegati separati, e cercando, infine, di utilizzare un linguaggio conciso e di facile comprensione.

Di conseguenza il presente P.T.P.C.T. si compone del presente documento nel quale sono illustrati:

- gli obiettivi strategici predisposti dal Direttore Generale (con nota prot. n. 2330 del 09/01/2020) e il rendiconto degli obiettivi individuati nel 2019;
- le misure organizzative interne per l'applicazione degli obblighi di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- i soggetti coinvolti nelle politiche di prevenzione, il loro ruolo e le relative responsabilità;

- le misure generali progettate e adottate.

A latere del documento principale quali parti integranti dello stesso, sono allegate le seguenti tabelle:

- Elenco sintetico relative alla mappatura, valutazione, trattamento del rischio e misure specifiche progettate ed elenco dei processi ancora da aggiornare;
- Questionari di verifica sul rispetto degli obblighi di prevenzione del piano e del Codice di Comportamento dei Dipartimenti Aziendali
- Elenco Responsabili trasmissione e pubblicazione dei dati previsti dal “Decreto Trasparenza” (D.Lgs. n. 33/2013).
- Elenco di sintesi e di dettaglio dei fattori di contesto presenti in Azienda
- Mappatura dei processi da sottoporre alla misura ordinaria della rotazione del personale

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

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”.***

Di conseguenza il concetto di corruzione è molto più allargato e ricomprende tante altre fattispecie che non hanno necessariamente risvolti penali ma che si ricollegano al concetto di malamministrazione, di cattivo uso delle risorse pubbliche. La nozione di corruzione quindi, nell’accezione più estesa, è anche inefficienza, cattiva allocazione delle risorse, e si ricollega a tutti quei comportamenti “grigi”, opachi, che possono rilevare una mancanza di trasparenza nella conduzione dei processi decisionali afferenti alle varie Strutture aziendali.

*b) Resoconto sul raggiungimento degli obiettivi strategici del triennio 2019 – 2020*

**Sintesi obiettivi 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. Di seguito si elencano i risultati raggiunti nel 2019

<b>MACRO OBIETTIVI</b>	<b>OBIETTIVI</b>	<b>RISULTATI RAGGIUNTI</b>
<b>Rafforzamento delle attività di formazione</b>	Partecipazione a corsi di aggiornamento da parte del RPCT e del suo Staff	Nel corso del 2019 non sono stati individuati dei corsi specifici rivolti al "risk management". Da verificare eventuali attivazioni di corsi specifici nel corso del presente anno
	Realizzazione di corsi in aula rivolti ai gruppi di lavoro anticorruzione	Sono stati organizzati 2 incontri presso il P.O della Colletta di renzano e del Gallino di Pontedecimo sui contenuti del Codice di Comportamento
	Attivazione e frequentazione da parte dei dipendenti del corso FAD regionale: "la Legge n. 190 i piani e le misure anticorruzione	Il 03/12/2019 è stato attivato il corso FAD. 1.186 dipendenti Asl iscritti di cui 1.017 che lo hanno portato a termine (dati aggiornati al 07/01/2020).
<b>Aggiornamento della gestione del rischio sulla base dei concetti e della metodologia</b>	Mappatura – Valutazione – Trattamento del rischio	90 processi sottoposti ad analisi con la nuova metodologia di cui 28 mappati per la prima volta e 18 sottoposti al trattamento del rischio secondo le tabelle "as is", "analisi di efficacia". 7 misure specifiche programmate e progettate

<b>MACRO OBIETTIVI</b>	<b>OBIETTIVI</b>	<b>RISULTATI RAGGIUNTI</b>
<b>Attività di audit</b>	Applicazione del sistema di audit	Svolti tre incontri preparatori per la costruzione del processo audit. A marzo 2020 avranno luogo le verifiche sul "campo"
<b>Promozione di un maggior livello di trasparenza</b>	Comunicazione CMC	Il RPCT ha partecipato a due incontri del CMC. Il presidente del Comitato è membro attivo della Commissione audit del 2019 – 2020
	Miglioramento dati registro accessi - tempi dei procedimenti -	Creazione di file più razionale per il monitoraggio dei tempi dei procedimenti (anche dei dati sugli accessi). Tali dati sono incrociati con quelli del protocollo informatico per migliorare la precisione
	Aumentare il numero dei dati in formati aperti	Previsto aggiornamento o Regolamento procedimenti amministrativi in formato aperto per il 2020
<b>Collegamento PTPCT e ciclo Performance</b>	Previsione di specifici obiettivi anticorruzione e trasparenza	Obiettivi definiti, discussi e rendicontati (vedi Relazione Performance)
<b>Nomina di un OIV</b>	Nomina organismo attraverso una procedura comparativa	Con Del. n. 390 del 07/08/2019 approvato il bando di selezione; con Del. n. 16 del 15/01/2020 approvato l'esito (dati pubblicati sul portale della "performance").
<b>Applicazione della misura generale della "rotazione del personale"</b>	preventiva mappatura degli uffici più esposti al rischio e conseguentemente da sottoporre a rotazione	Vedi allegato al presente Piano "Mappatura processi da sottoporre a rotazione del personale"

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

Con nota prot. n. 2330 del 09/01/2020 sono stati aggiornati gli obiettivi strategici per adeguarli a quanto già realizzato nel 2019.

1) Rafforzamento attività formativa

<b>Obiettivi strategici</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2020</b>
Partecipazione a corsi di aggiornamento su il "risk management" e su processo "audit"	iscrizione alla partecipazione di corsi ad hoc	Aumento della competenza tecnica da parte del RPCT e del suo Staff
Realizzazione di corsi in aula rivolti ai Referenti, ai coordinatori e ai componenti del gruppo di lavoro	Programmazione a attuazione di corsi in aula	Diffusione della metodologia e degli aspetti tecnici relativi alla gestione del rischio
Prosecuzione degli incontri formativi rivolti al personale sulla normativa del PTPCT e del Codice di Comportamento	Incontri periodici con i dipendenti delle strutture	Diffusione della cultura della legalità

2) Approfondimento ed estensione progressiva del processo della gestione del rischio ad altre aree dell'Azienda:

<b>Obiettivi strategici</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2020</b>
Descrizione più estesa del contesto - mappatura dei processi/valutazione del rischio	1) Descrizione delle sequenze di attività del processo e delle prassi operative adottate; 2) descrizione del "comportamento corruttivo" e dei "fattori abilitanti delle fasi a rischio	Evidenziare eventuali disfunzioni organizzative delle Strutture coinvolte
Trattamento del rischio basata sull'analisi "as is" e di efficacia, efficienza e sostenibilità delle misure individuate	Collegamento tra i fattori abilitanti e le misure di prevenzione specifiche	programmazione di misure specifiche concrete atte a limitare eventuali situazioni di malfunzionamento organizzativo
Prosecuzione dell'attività di auditing	Incontri "sul campo" per verificare l'aderenza delle procedure mappate con casi specifici	Monitorare il rispetto delle procedure e delle misure di prevenzione
Estensione del processo della gestione del rischio alle strutture sanitarie	analisi del contesto mappatura di alcuni processi ritenuti particolarmente significativi con particolare riferimento alle liste di attesa	Aumentare il numero dei processi di carattere sanitario sottoposti ad analisi

3) Promuovere un maggior livello di trasparenza:

<b>Obiettivi strategici</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2020</b>
<b>Prosecuzione attività di comunicazione e di confronto con i portatori di interesse</b>	<b>Incontri con il CMC</b>	<b>Migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi attraverso il contributo e le esperienze dei portatori di interesse dell'Azienda</b>
<b>Aumentare il numero di dati pubblicati su Amministrazione Trasparente</b>	<b>Pubblicazione su Amministrazione Trasparente di ulteriori dati anche relativi ad attività sanitarie</b>	<b>Innalzare il livello di trasparenza complessiva</b>

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

<b>Obiettivi strategici</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2020</b>
<b>Individuare specifici obiettivi di trasparenza e di prevenzione della corruzione a nuove strutture (non ancora coinvolte)</b>	<b>Predisposizione di schede di budget</b>	<b>Aumentare la conoscenza e il rispetto delle norme di prevenzione della corruzione</b>
<b>Individuare specifici obiettivi relativi alla progettazione e applicazione di misure di prevenzione specifiche</b>	<b>Predisposizione di schede di budget</b>	<b>Aumentare la qualità del trattamento del rischio</b>
<b>Verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nella sezione della trasparenza e quelli indicati nel Piano della Performance</b>	<b>Incontri con l'OIV</b>	<b>Ricevere un supporto qualificato per le attività della prevenzione della corruzione</b>
<b>Attestare l'esistenza di misure organizzative per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi ai fini della pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"</b>	<b>Incontri con l'OIV</b>	<b>Ricevere un supporto qualificato per le attività della prevenzione della corruzione</b>

5) Rotazione del personale:

Obiettivi strategici	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2020
a) 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)	relazione di analisi sulla situazione di concerto con le strutture che necessiterebbero della misura della rotazione	entro il 30/06/2020 relazione di analisi
b) 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)	Elaborazione proposta di concerto con le strutture di cui alla lett. a)	entro il 31/12/2020 elaborazione proposta
c) Individuazione della periodicità della rotazione indicandone la tipologia (funzionale/territoriale) una volta effettuata l'analisi di fattibilità	indicazione periodicità e settori per l'applicazione della rotazione a seguito delle analisi di cui ai punti a) e b)	Verificata la fattibilità, potranno essere indicati i settori di applicazione e la periodicità della stessa

*d) Il processo di elaborazione del P.T.P.C.T: soggetti, compiti e responsabilità*

**a) Soluzioni organizzative adottate**

Al fine di consentire una maggiore condivisione del processo di adozione del PTPCT, con particolare riferimento al processo della gestione del rischio, da parte dei dirigenti e, in generale, da parte delle Strutture Aziendali, si è cercato di introdurre delle soluzioni organizzative il più possibile semplici, informali, basati sulla collaborazione e sulla fiducia tra le persone.

Esse si possono riassumere in cinque punti:

1. Creazione di una rete di referenti e soggetti di supporto che possano facilitare il dialogo tra il RPCT e le varie Strutture Aziendali
2. Creazione di cartelle di rete suddivise per Dipartimenti, organizzate in sottocartelle in cui sono state salvate le tabelle relative alla gestione del rischio e dei procedimenti amministrativi con file che ne illustrano le modalità di compilazione e nelle quali gli uffici, per il tramite della figura dei “coordinatori” (vedi lett. f), inseriscono i dati relativi alla prevenzione della corruzione e al monitoraggio sui tempi dei procedimenti di propria competenza (senza obbligo di trasmissione formale dei documenti). Gli indirizzi da cui accedere alle cartelle sono reperibili anche sulla intranet aziendale alla pagina “anticorruzione” dove è stata pubblicata anche la modulistica e la normativa di riferimento.
3. Organizzazione di frequenti incontri con il personale delle aree a rischio in modo da concordare le attività da svolgere e appianare le difficoltà che possono presentarsi nello svolgimento degli adempimenti richiesti.
4. Costituzione di gruppi di lavoro interni alle Strutture aziendali che concorrano ad analizzare i processi e ad individuare specifiche misure di prevenzione in una logica di partecipazione allargata.
5. Indicazioni sulle attività principali da svolgere nel corso dell’anno, e delle relative tempistiche, attraverso la predisposizione di obiettivi di budget specifici (previa condivisione con le Strutture degli obiettivi e delle scadenze)

Di seguito si elencano i soggetti che contribuiscono a realizzare le politiche di prevenzione in Azienda, il loro ruolo e le loro responsabilità.

## **b) I soggetti interni**

### **a) 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”. Di seguito un elenco dei compiti più importanti ad esso affidati:

- 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 di “disfunzioni inerenti all’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza” (art. 1 c. 7)
- verifica dell’efficace attuazione del PTPCT (art. 1 c. 10)

- attività di controllo sugli obblighi di pubblicità in capo ai dirigenti (art. 43 D.Lgs. n. 33/2013) segnalando alla Direzione Generale, all'OIV, all'ANAC e nei casi più gravi all'ufficio disciplina il mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione
- cura della diffusione della conoscenza dei Codici di Comportamento e il monitoraggio della loro attuazione (art. 15 c. 3 DPR n. 62/2013)
- vigilanza sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi – che per quanto riguarda gli enti del SSN è limitata alla Direzione Strategica (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". Tutte le Strutture sono pertanto chiamati ad una costante collaborazione ad informare il RPCT e il suo assistente delle attività svolte come previsto dall'art. 1 c. 9 lett. c).

#### **b) Direzione Generale**

Il Direttore Generale individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), adotta il Piano e definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

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

#### **c) Referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza**

I Referenti della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sono i Direttori dei Dipartimenti rientranti nelle aree a rischio.

Possono essere considerati gli anelli di congiunzione tra il RPCT e i dirigenti delle strutture aziendali afferenti ai Dipartimenti: 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, accertandosi che i compiti in materia di prevenzione della corruzione in capo ai propri dirigenti sotto ordinati vengano correttamente eseguiti.

Relazionano il Responsabile almeno con cadenza annuale sull'attività sul rispetto dell'applicazione delle norme contenute nel PTPCT e dei Codici di Comportamento da parte dei Dirigenti assegnati agli uffici sotto ordinati durante appositi incontri nei quali:

- vengono compilati sotto la direzione del RPCT dei Questionari per verificare il rispetto delle norme (vedi parte quinta – Esiti del monitoraggio)

- vengono esposte le criticità e le problematiche riscontrate nel corso dell'anno.

I Referenti Aziendali sono i Direttori dei seguenti Dipartimenti:

DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE ( le cui funzioni sono svolte dal Direttore Sociosanitario)
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DIPARTIMENTO GIURIDICO
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO
DIREZIONE SOCIO SANITARIA
DIREZIONE SANITARIA

#### **d) Dirigenti**

Sono responsabili del rispetto degli obblighi contenuti nel Codice di Comportamento, della trasparenza e dell'attuazione della gestione del rischio interna al proprio ufficio e delle conseguenti misure di prevenzione specifiche di propria competenza programmate nel PTPCT. Si impegnano all'osservanza di tali norme avendo cura di farle rispettare al proprio personale. Tengono conto del contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo della gestione del rischio in sede di valutazione degli obiettivi di performance individuale.

Informano il proprio Referente delle attività svolte in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. E' stato predisposto un elenco dei coordinatori/facilitatori e dei Referenti di riferimento con i riferimenti telefonici che viene continuamente aggiornato

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

Per rendere più snello, concreto 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 denominate coordinatori (o facilitatori) scelti tra quei dipendenti con significative conoscenze, all'interno della Struttura di appartenenza, dell'organizzazione e dei processi di competenza. Lo scopo dell'introduzione di queste figure è volta, da un lato, ad agevolare e velocizzare le procedure e i tempi degli adempimenti in capo ai Referenti ed ai dirigenti, i quali, pur rimanendo responsabili delle attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza delle proprie strutture, sono sgravati da compiti meramente operativi; dall'altro, a rendere più omogenee, tra gli uffici, le attività della prevenzione.

Queste figure si dividono in:

- 1) **I coordinatori dei dirigenti** delle strutture aziendali afferenti ai Dipartimenti: si occupano di raccogliere i dati relativi alle attività dei singoli uffici. In particolare i coordinatori (facilitatori) delle varie strutture organizzano e coordinano i gruppi di lavoro interni costituiti per l'analisi del rischio, inseriscono le tabelle della mappatura, del trattamento del rischio e dei tempi dei procedimenti nella cartella di rete. Informano il coordinatore "dipartimentale" di tutte le attività svolte dall'ufficio, segnalando eventuali criticità.
- 2) **I coordinatori dei Referenti** (dipartimentali): raccolgono le informazioni dei coordinatori dei vari uffici per informare il Referente delle attività svolte dai vari uffici e da eventuali inadempimenti degli stessi in modo che il referente sia al corrente delle criticità e delle attività svolte dalle strutture inserite nel Dipartimento (anche ai fini dell'incontro annuale con il RPCT per il monitoraggio sul rispetto del PTPCT e del Codice di Comportamento). I coordinatori (facilitatori) di Dipartimento forniscono supporto ai coordinatori dei dirigenti in caso fosse necessario.

#### **f) Struttura di vigilanza – audit interno**

Il coordinamento dell'attività di audit interno è stata affidata al Responsabile della SSD Servizio Ispettivo a attività Istituzionali con la collaborazione del RPCT. L'audit interno ha lo scopo di verificare l'andamento dei processi aziendali a rischio di corruzione appurando il rispetto delle procedure, la presenza e l'applicazione di efficaci misure di prevenzione, e, qualora se ne ravvisasse la necessità, di individuare ulteriori misure di prevenzione per contrastare eventuali criticità presenti.

Per la descrizione dettagliata delle fasi dell'audit si rinvia al Piano 2019 – 2021.

#### **g) OIV – Organismo Indipendente di Valutazione**

Con Del. n. 16 del 15/01/2020 è stato formalmente costituito l'OIV (in forma collegiale) per il periodo 2020 – 2022. La ragione di dotarsi di quest'organo è motivata principalmente dall'esigenza di garantire un "supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo" (PNA 2019).

Nell'ambito della prevenzione della corruzione i compiti di quest'organo possono essere così riassunti:

- fornire supporto nell'individuazione e nella valutazione delle misure ulteriori nella fase del trattamento, all'interno del processo della gestione del rischio;

- fornire un supporto nelle attività di monitoraggio sul rispetto del PTPCT da parte del RPCT;
- rendere un parere obbligatorio sul Codice di Comportamento interno;
- attestare la coerenza della pubblicazione dei dati obbligatori ex D.Lgs. n. 33/2013.
- verificare la coerenza dei Piani triennali (P.T.P.C.T.) con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale dell'Azienda;
- tenere conto, nell'ambito della misurazione e valutazione delle performance, sia organizzativa sia individuale, gli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verificare il contenuto della Relazione sulla performance in rapporto agli obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza.
- riferire all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza
- ricevere segnalazioni riguardanti disfunzioni inerenti all'attuazione del P.T.P.C.T.

#### **h) 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 proce-

dimenti 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.

#### **i) Dipendenti – Gruppi di Lavoro**

I dipendenti sono chiamati ad osservare con scrupolo le disposizioni riportate nel presente P.T.C.P.T., così come richiesto dalla L. n. 190/2012, 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 (un elenco dei componenti dei gruppi di lavoro è riportata sui Questionari del monitoraggio o è desumibile dai verbali degli incontri)
- 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.

#### **j) 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.

## **I) 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 responsabile in Azienda è la Dottoressa Daniela Gavaciuto.

## **n) 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 chiama-

to 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.

### **c) I soggetti esterni**

#### **m) I collaboratori esterni**

Tutti i collaboratori esterni, dai consulenti alle ditte appaltatrici, devono rispettare, per quanto a loro compatibili i contenuti e gli obblighi presenti nel Piano e nel Codice di Comportamento, che vengono consegnati, anche per via telematica all'avvio della attività di collaborazione/consulenza.

#### **n) I portatori di interesse (stakeholder)**

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.

A partire dal 2019 il presidente e un rappresentante del Comitato sono stati coinvolti direttamente nelle attività di verifica dei processi (audit interno) con lo scopo aumentare il livello di qualità di indagine avvalendosi di persone che potessero analizzare le attività nella prospettiva dell'utente.

#### **o) Gruppo di Lavoro delle Aziende sanitarie della Regione Liguria**

Il Gruppo di Lavoro regionale è costituito dai RPCT e dai loro collaboratori, sotto il coordinamento della Regione (ALISA). Lo scopo del Gruppo è quello di favorire un supporto alle attività dei Responsabili, di omogeneizzare alcune procedure comuni e di mettere a confronto esperienze e attività per favorire una crescita delle politiche di prevenzione in Regione. Nel corso del 2019 sono state svolte numerose attività tra le quali: la stesura di un catalogo delle aree e dei macro-processi a maggior rischio corruttivo, la revisione dei moduli previsti dalla normativa di settore, lo svolgimento di un audit ai processi dei laboratori e l'adozione di una applicazione informatica comune per la gestione delle denunce di whistleblowing.

## Parte Seconda - La gestione del rischio: un nuovo approccio

### a) *Introduzione*

La gestione del rischio è lo strumento che consente di individuare delle misure specifiche di prevenzione partendo da una preventiva analisi dei rischi sulla base di una mappatura delle fasi dei processi

*Si compone delle seguenti fasi:*

- Analisi del contesto esterno
- Analisi del contesto 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) Il contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha lo scopo di indagare da un lato le caratteristiche del territorio in cui l'Azienda è inserita per comprendere se ci siano elementi in grado di agevolare eventuali fenomeni di malamministrazione e o di corruzione, e dall'altro di individuare le relazioni con portatori di interessi esterni che possono influenzarne l'attività istituzionale. Sulla base di queste considerazioni dovrebbero essere individuati eventuali aree, strutture e processi da mappare.

Di seguito sono stati individuati i soggetti che interagiscono con questa Asl3. Il numero elevato dei soggetti esterni che sono in relazione con l'Azienda, l'importanza degli interessi in gioco dovrebbe fornire un quadro sintetico dell'influenza del contesto esterno e della sua relazione con i livello di rischio individuato nel presente Piano.

Soggetto	Tipologia di relazione		Eventuale incidenza di variabili esogene (es. territoriali, culturali, criminologiche, sociali ed economiche, organizzative)	Impatto	Probabilità	Rischio
	Input	Output				
Relazioni Istituzionali (Direzione Generale e Staff Direzione Generale – URP)	Indicazioni Direttore Generale  Segnalazioni URP	Obiettivi R.P.C.T.  Attivazione procedure accertamento su segnalazioni URP	Sociali tecniche organizzative	Alto	Alto	Alto
Relazioni con Ministero	Comunicazioni obbligatorie	Inserimento sui Siti delle informazioni richieste dalla normativa	tecniche	Basso	Bassa	Basso

Soggetto	Tipologia di relazione		Eventuale incidenza di variabili esogene (es. territo- riali, cultu- rali, crimi- nologiche, sociali ed economi- che, orga- nizzative)	Impatto	Proba- bilità	Rischio
Relazioni con por- tatori di interessi	Segnalazioni C.M.C.	Azioni corret- tive ad es. at- tivazione Au- dit	Sociali tec- niche orga- nizzative	Alto	Alto	Alto
Relazioni con citta- dini	Segnalazioni a vario titolo riguardanti le tematiche di trasparenza e anticorruzio- ne	Attivazione istruttoria  Azioni corret- tive	Organizzati- ve  criminali	Medio	Media	Alto
Relazioni A.Li.Sa.	Indirizzi A.Li.Sa.  Problemi connessi alla tematica an- ticorruzione	Attivazione tavoli tecnici congiunti  Elaborazione documenti comuni	Tecniche organizzati- ve	Altissimo	Altis- sima	Altissi- mo
Relazioni con i di- pendenti	Segnalazioni tramite pro- cedura wist- leblowing	Attivazione istruttoria  Azioni corret- tive	Organizzati- ve  criminali	Medio	Media	Alto

Soggetto	Tipologia di relazione		Eventuale incidenza di variabili esogene (es. territo- riali, cultu- rali, crimi- nologiche, sociali ed economi- che, orga- nizzative)	Impatto	Proba- bilità	Rischio
Relazione con Strutture ASL	Segnalazioni  Richiesta supporto tec- nico  Richiesta pa- reri	Istrutto- ria/azioni cor- rettive  Attivazione supporto tec- nico/tavoli tecnici  Rilascio pareri	Tecniche organizzati- ve	Altissimo	Altis- sima	Basso
Relazioni con O.I.V.	Supporto per l'adempiment o dei compiti dell'O.I.V. in materia di Prevenzione della Corru- zione e di tra- sparenza	Attivazione del supporto  Risposta alle specifiche ri- chieste  Messa a di- sposizione di documenta- zione	Tecniche organizzati- ve	Alto	Alto	Basso

## *d) Il contesto interno- mappatura dei processi*

### Analisi del contesto interno

Un'analisi del contesto interno (sull'organizzazione dell'Azienda) era stata riportata PTPCT 2019 – 2020 a cui si rinvia. Quest'anno tale analisi è stata effettuata individuando i fattori abilitanti dei vari processi. L'individuazione delle singole variabili di contesto (organizzative, ambientali) non a carattere generale ma precipue di ogni singola fase del processo risultano elementi più concreti capaci di favorire l'individuazione delle misure di prevenzione di corruzione (vedi paragrafo successivo)

### Mappatura dei processi

Quest'anno nel tentativo di aumentare la copertura dell'analisi alla maggior parte dei processi è stato chiesto in prima battuta di rivedere l'elenco dei processi già mappati per verificare se eventuali ulteriori attività di propria competenza fossero state escluse. In altri casi l'aggiornamento è consistito nell'accorpamento di processi simili che presentavano le stesse procedure e gli stessi rischi in modo da semplificare l'analisi e facilitare una lettura più immediata e trasparente.

Seguendo le indicazioni metodologiche già proposte l'anno scorso, limitatamente ad alcuni uffici, quest'anno è stata estesa a tutti una nuova matrice per la rappresentazione dei processi (denominata matrice di mappatura – identificazione dei rischi), più dettagliata rispetto a quella precedente, al fine di ottenere un livello di approfondimento maggiore; nella prima sezione della matrice viene richiesto di scomporre i processi di competenza in fasi/azioni con lo scopo di comprendere in modo più esaustivo le attività svolte, le prassi operative in uso e, nel contempo, individuare quelle fasi del processo potenzialmente a rischio di corruzione.

## *e) La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione*

### Identificazione del rischio

Nello stessa matrice di mappatura è presente un'altra sezione relativa alla fase dell'identificazione dei rischi così composta:

- a) individuazione del rischio corruzione (evento);
- b) indicazione delle “modalità – comportamento (corruttivo)” (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 variabili ambientali che agevolano il verificarsi delle modalità di comportamento di cui alla lett. b)

Il rischio di corruzione da individuare (lett a); presenta due elementi da considerare: il soggetto destinatario del processo che potrebbe ricavare dei vantaggi illeciti e l'oggetto del beneficio. Per modalità di comportamento si intende il comportamento corruttivo (lett. b) ovvero la "traduzione" del rischio nelle azioni concrete che da potenziale lo trasformino in effettivo; quindi il comportamento è la prassi operativa, la procedura che potrebbe essere adottata non conforme alle norme e quindi illecita per favorire un soggetto rispetto ad un altro.

Nel corso degli incontri con i gruppi di lavoro si è dato particolare rilievo all'individuazione di questi fattori considerati fondamentali per individuare appropriate misure di prevenzione. Infatti le misure sono strettamente collegate ai fattori abilitanti; le misure sono pensate proprio per aggredirli e inibirne l'efficacia corruttiva.

Si è scelto di non proporre un elenco chiuso di fattori abilitanti ma di lasciare che ogni Struttura li individuasse liberamente al fine di rendere l'analisi più completa. Successivamente sono stati aggregati in "macro – fattori". Essi costituiscono anche un quadro del contesto interno potenziale presente in Azienda (l'elenco dei fattori abilitanti di ogni singola Struttura è riportato nell.to n. 4 del presente Piano):

<b>n.</b>	<b>Elenco dei "macro" fattori abilitanti individuati</b>
1	Assenza/scarsità del personale/impossibilità a garantire la rotazione del personale/Accentramento di funzioni ad un unico operatore
2	Mancanza di controlli
3	Assenza di meccanismi di controllo ex post
5	Mancanza di trasparenza
6	Eccessiva discrezionalità
7	Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche)/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole
8	Scarsità di competenze del personale (monopolio di competenze)
9	Bassa professionalità (monopolio di competenze amministrative, professionali, tecniche)
10	Esercizio prolungato ed esclusivo di responsabilità (monopolio di potere)
11	Sopralluogo effettuato da un unico operatore/mancanza rotazione del personale
12	Mancata verifica conflitti di interesse
13	Inadeguata diffusione della cultura della legalità/subcultura organizzativa
14	Pressione commerciale
15	Comportamento orientato/conflitto di interesse/complicità (ad es. dei componenti di una Commissione)

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" attraverso un confronto con i gruppi di lavoro. Al momento, quindi, la valutazione è effettuata principalmente sulla base dell'esperienza degli operatori coinvolti

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. Nel 2019 le misure progettate hanno riguardato quei processi giudicati di alto livello di rischio

#### *f) Il trattamento del rischio*

Il trattamento del rischio cioè l'individuazione di concrete misure per affrontare i rischi individuati nella fase precedente è stato svolto con l'ausilio di una matrice (matrice del trattamento del rischio) composta dalle seguenti sezioni:

- **Individuazione delle misure già esistenti (analisi as is)**: qualora l'analisi evidenziasse una copertura sufficiente a contrastare i fattori abilitanti non è stato richiesto di procedere alle fasi successive
- **Analisi di efficacia, efficienza e sostenibilità delle misure presenti e il loro grado di incidenza sulle cause del rischio**: in questa sezione della matrice è stato richiesto di individuare delle proposte correttive per contrastare i rischi e di valutare se le stesse fossero realizzabili.
- **Selezione e progettazione delle misure** in cui siano indicate le fasi, i tempi i soggetti responsabili e gli indicatori: in caso fossero state indicate delle misure sostenibili con i tempi e le risorse a disposizione le stesse devono essere adeguatamente progettate. È stato posto l'accento sull'importanza di programmare le misure in termini di precisi obiettivi da raggiungere da parte di ciascun ufficio. La progettazione delle misure saranno individuate come uno specifico obiettivo di performance organizzativa. I dati richiesti di questa sezione sono stati i seguenti: 1) Fase per l'attuazione della misura, 2) risultato atteso, 3) Tempi di realizzazione, 4) Ufficio responsabile (della realizzazione della misura: coincide con il dirigente della Struttura stessa); 5) Indicatori.

Di seguito si indicano, in forma tabellare, le aree di rischio individuate, la valutazione del rischio, le misure e la tipologia di misura:

AREA DI RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURA PROGETTATA	TIPOLOGIA MISURA (da PNA 2019_Del. n. 1064 del 13/11/2019)
Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico	ALTO	Istallazione impianti di videosorveglianza	CONTROLLO
Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico	ALTO	Verifica sul campo del RPCT nel corso del 2020 per visionare i registri delle prestazioni, l'elenco delle visite dichiarate urgenti (non soggette a controllo) e il rispetto delle delle linee guida	CONTROLLO
Area ulteriore (non prevista dai PNA)	ALTO	Individuazione di un programma da fornire al Medico Competente che sia collegato con l'anagrafica dei dipendenti e che non consenta di effettuare esami a personale non inserito in anagrafica (l'anagrafica è gestita da un soggetto terzo, S.C. Gestione risorse Umane).	CONTROLLO
Area ulteriore (non prevista dai PNA)	ALTO	Monitoraggio periodico più frequente a cadenza trimestrale	CONTROLLO
Contratti pubblici	ALTO	Predisposizione di un regolamento sull'affidamento di lavori di importo inferiore a 10.000,00 euro	REGOLAMENTAZIONE
Contratti pubblici	ALTO	Nomina di una commissione preposta all'elaborazione del Capitolato di gara	DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI
Acquisizione e gestione del personale	MEDIO	Collegamento informatico diretto tra orario di servizio del dipendente e conteggio dei diritti all'uso del buono pasto	CONTROLLO

### *g) Gestione dei dati del processo di gestione del rischio*

Per consentire una maggiore omogeneità e una lettura più agevole le due matrici considerate sono state unite in un'unica scheda che comprendesse tutte le fasi della gestione del rischio dalla mappatura al trattamento di tutti i 104 processi analizzati secondo il nuovo metodo. Sono stati così creati sette file relativi ai Dipartimenti coinvolti nelle attività di analisi: Dipartimento di prevenzione, delle Cure Primarie, Giuridico, Tecnico-Amministrativo, Salute Mentale e delle Dipendenze, Servizi di Laboratorio e Strutture di staff alla Direzione Strategia. E' stato predisposto un elenco di sintesi di tutti i processi (allegato n. 1 al Piano) nel quale è stato riportato l'id/n. processi, la struttura, la descrizione del processo, l'area di rischio, il livello di rischio, la tipologia di trattamento e la tipologia di aggiornamento (se trattasi di un nuovo processo ovvero di un processo già mappato ma aggiornato utilizzando la nuova metodologia):

nuova mappatura	54
nuovo processo	28
nuovo trattamento del rischio	18
Processo già mappato non a rischio	4
<b>Totale complessivo</b>	<b>104</b>

Nell'allegato n. 2 al Piano viene riportato un elenco dei processi non ancora aggiornati secondo le matrici di mappatura – identificazione del rischio e del trattamento del rischio. L'analisi è prevista nel corso del 2020.

L'allegato n. 1 (elenco dei processi analizzati) e i file contenenti le matrici costituiscono il registro dei rischi 2020 di questa Azienda.

### *h) 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.

Il monitoraggio del trattamento del rischio secondo la nuova metodologia sarà eseguito nel 2020.

## *i) Auditing 2019*

L'audit di quest'anno ha riguardato i processi dell'intramoenia (ALPI) e la lista di attesa disabili. La scelta non è stata casuale ma suggerita durante gli incontri avuti con il CMC. Si sono svolti i seguenti incontri coordinati dal SSD Servizio Ispettivo :

- 1) del 13/06/2019 per concordare con il RPCT i processi oggetto di verifica, le modalità operative di esecuzione dello steso e il personale da contattare;
- 2) del 02/10/2019 per illustrare ai partecipanti dell'audit la sua strutturazione e le sue fasi
- 3) del 13/11/2019 nel quale sono stati costituiti due sottogruppi interni all'audit: uno si è occupato della mappatura del processo relativo alle liste di attesa, il secondo della Libera Professione. Il gruppo "liste di attesa" ha proceduto alla revisione delle fasi del processo mappato evidenziando la necessità di aggiungere ulteriori fasi per rendere più chiare le attività svolte. Considerata la complessità del processo ha proposto di limitare l'analisi unicamente all'inserimento nelle strutture residenziali/semiresidenziali (escludendo le attività extramurali e di inclusione sociale che peraltro non presentano liste di attesa). Il gruppo "ALPI" ha discusso le fasi del processo ed ha evidenziato la necessità di non limitarsi al solo processo amministrativo ma anche della parte di competenza della Direzione Sanitaria che si occupa del processo in esame;
- 4) del 17/12/2019 in cui dopo aver condiviso collegialmente i lavori dell'incontro precedente sono state fissate le date della verifica "sul campo": il 04/03/2020 presso il Distretto 13 (processo liste di attesa Disabili) e l'11/03/2020 presso l'ufficio Intramoenia (per il processo ALPI).

Come già ricordato in precedenza questi audit hanno visto la partecipazione attiva dei sottogruppi di cui al punto 3) del presidente del CMC e di un suo collaboratore; tale coinvolgimento proseguirà anche per gli incontri di marzo.

L'attività di Audit ha riguardato anche l'area laboratoristica: sotto la regia di A.Li.Sa. sono stati attivati, su tutti i laboratori di Regione, Audit incrociati in relazione al tema specifico della sicurezza informatica dei laboratori, con particolare riferimento ai processi relativi agli esami effettuati sui pazienti ricoverati, esami su pazienti esterni ed esami di medicina preventiva.

Per l'Azienda è stata l'occasione per individuare un processo potenzialmente a rischio (gli esami di Medicina Preventiva) e di elaborare una misura (un programma di gestione delle attività di Medicina preventiva collegato all'anagrafica dei dipendenti che elimini la possibilità che un non dipendente possa accedere alle prestazioni stesse).

## 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.

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'individuazione, 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. 5 (Elenco Responsabili trasmissione e pubblicazione dati obbligatori) 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 istituzionale 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.

### *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 Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (vedi parte Prima, b) - I soggetti interni).

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. 5 del presente P.T.P.C.T. 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](mailto:Redazione.Sito@asl3.liguria.it) (e per conoscenza al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza all'indirizzo [prev.corr@asl3.liguria.it](mailto:prev.corr@asl3.liguria.it)), affinché sia pubblicata sul sito aziendale nella sezione di "Amministrazione Trasparente";
  - nell'invio a [redazione.sito@asl3.liguria.it](mailto: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 assicurarsi che i propri Dirigenti subordinati abbiano trasmesso tutti i dati a pubblicità obbligatoria, di competenza del proprio Dipartimento (ovvero una volta acquisiti dai propri dirigenti trasmetterli direttamente).

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 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. A questo riguardo, il presente P.T.P.C.T. fa proprie le indicazioni presenti nelle 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.

#### ***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.

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 ostacolare le attività istituzionali delle varie Strutture della prevenzione della corruzione o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"). Durante gli incontri è stato raccomandato di definire obiettivi individuali ai dipendenti che a vario titolo si occupano di anticorruzione e trasparenza nei vari uffici inseriti nelle aree a rischio.

Anche l'assegnazione degli obiettivi operativi relativi al 2020 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 2020 - 2022:

1. **Processo della gestione del rischio:**
  - a. aggiornamento con l'ausilio di gruppi di lavoro: individuazione di rischi e dei fattori abilitanti;
  - b. trattamento del rischio secondo la nuova metodologia e progettazione di specifiche misure di prevenzione
2. **Obiettivi di trasparenza:**
  - a. Migliorare la qualità e la completezza dei dati contenuti nel Registro degli Accessi
  - b. Migliorare la qualità e comprensibilità dei dati relativi ai tempi dei procedimenti
3. **Attività di auditing**
  - a. Prosecuzione nell'attività di auditing sotto il coordinamento del SSD Servizio Ispettivo e attività extraistituzionali
  - b. Intensificazione dei rapporti con il CMC tramite il collegamento dell'URP

Il raggiungimento o meno degli specifici obiettivi di budget sarà indicato all'interno della Relazione della Performance 2020; quindi a consuntivo l'amministrazione avrà modo di verificare i risultati organizzativi raggiunti rispetto a quelli programmati con rilevazione degli eventuali scostamenti.

#### *e) Iniziative di comunicazione con i portatori di interesse nel 2018*

##### **La Giornata della Trasparenza**

La Giornata della Trasparenza si è tenuta Giovedì 16 gennaio 2020 presso l'Agenzia delle Entrate – sala della Piramide. La data, leggermente posticipata rispetto agli anni scorsi ha consentito al RPCT di presentare in anteprima il nuovo P.T.P.C.T., il quale, sebbene ancora in fase di bozza, era stato già definito nei suoi principi e contenuti fondamentali. Altro intervento cardine ha riguardato l'esperienza degli audit interni coordinati dal SSD Servizio Ispettivo e la presentazione della strategia aziendale per il prossimo triennio.

Come consuetudine è stato dato assicurato uno spazio molto rilevante alle esperienze e testimonianze dei portatori di interesse e dai rappresentati delle comunità locali.

##### **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 a due incontri con il CMC nel corso del 2019 (21 marzo e 13 dicembre). Nell'ottica di rendere

questi incontri sempre meno formali e utili allo scopo di conoscere le realtà del sociale e del volontariato l'elemento distintivo del 2019 è stato quello di ascoltare gli interventi dei rappresentanti delle Associazioni in modo da trarne spunto per individuare eventuali criticità, attività, processi meritevoli di essere analizzati anche sotto il profilo della prevenzione della corruzione.

### *f) Principali attività di verifica svolte nel corso del 2019*

Le principali attività di controllo dei dati ex D.Lgs. n. 33/2013, svolte nel 2019, hanno riguardato il rispetto degli obblighi di cui all'art. 14, in particolare quelli della lett. f (dati fiscali) anche su impulso delle nuove indicazioni fornite dalla Delibera ANAC n. 586 del 26 giugno 2019: integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019. Per raccogliere questa grande mole di dati si è fatto uso di cartelle condivise alle quali hanno avuto accesso di responsabili delle Strutture Complesse e i Direttori di Dipartimento

I controlli hanno interessato anche le seguenti sotto - sezioni (sottoposte a attestazione da parte del NdV in base alla Del. ANAC n. 1310/2016 e n. 141/2019):

- Performance
- Provvedimenti
- Bilanci
- Servizi Erogati
- Pagamenti dell'amministrazione
- Opere Pubbliche
- Informazioni ambientali

In data 10/04/2018 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”

Sintesi delle misure progettate nel corso del 2019

N.	Stato di attuazione	Misure generali
1	1 fase attuata, 1 fase da attuare	misure di disciplina del conflitto di interesse: obblighi di comunicazione e di astensione
2	1 in attuazione, 1 fase da attuare	verifica Inconferibilità degli incarichi di DG, DS, DSS e DA
3	1 fase attuata e tre da attuare	Rotazione del personale
4	1 fase attuata e fasi da attuare	attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro
5	Tutte le fasi sono state attuate nel corso 2019	Programma informatico per la gestione delle domande di whistleblowing
6	2 fasi attuate e 2 da attuare	Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.

### d) *Formazione in tema di anticorruzione*

#### **Attività formativa : 2018 - 2019**

##### a) Formazione FAD

Nel corso del 2018 è stato predisposto, su iniziativa del Gruppo regionale dei Responsabili dell'Anticorruzione, con la presenza da A.Li.Sa. e di Regione Liguria, un nuovo corso FAD sulle tematiche della prevenzione della Corruzione, dal titolo “La legge n. 190/2012, i Piani e le misure anticorruzione” rivolto a tutti i dipendenti sia dirigenti sia del comparto anche non operanti nelle aree a rischio. 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. Il percorso è stato formalmente avviato nel dicembre 2018.

Di seguito si elencano i dati complessivi sul numero dei partecipanti dei vari enti del SSR (al 7 gennaio 2020):

Completato (raggiunta la sufficienza)	Non completato	ISCRITTI	% Completato	ASL/OSPEDALE
104	2	106	98,11%	ALISA
1.851	57	1.908	97%	ASL1
639	302	941	68%	ASL2
1.017	169	1.186	86%	ASL3
1.308	937	2.245	58%	ASL4
849	361	1.210	70%	ASL5
1.448	397	1.845	78%	GALLIERA
1.183	856	2.039	58%	GASLINI
4.058	747	4.805	84%	SAN MARTINO

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

Si sono svolti incontri operativi sulla gestione del rischio in modo capillare e nel corso di tutto l'anno interessando i "coordinatori/facilitatori" e/o i gruppi di lavoro coinvolti. E' stata una occasione per verificare il lavoro svolto e per affinare la mappatura e la progettazione delle misure. Sono stati preceduti da riunioni più formali che hanno visto la partecipazione dei Referenti e dei dirigenti delle aree a rischio per illustrare le attività programmate nel corso dell'anno con particolare riferimento alla gestione del rischio:

TIPOLOGIA DI INCONTRO	STRUTTURA INTERESSATA	DATA
Illustrazione delle attività previste nel corso del 2019 relative alla prevenzione della corruzione e della trasparenza con particolare riferimento alla gestione del rischio	Dipartimento Salute Mentale, , Dipartimento Materno Infantile, strutture in Staff alla Direzione Sanitaria e Sociosanitaria	10/07/2019
Illustrazione delle modalità operativa sulla trasmissione dei dati fiscali ex art. 14 D.lgs. n. 33/2013	Dipartimento di Prevenzione, Chirurgico, Emergenza e Accettazione, Materno Infantile, Cardiologia, Medicina, Immagini, Salute Mentale, Giuridico e della S.C. POU	11/09/2019
Incontro sull'aggiornamento del Rischio	S.C. gestione delle Risorse Umane	12/09/2019
Illustrazione delle attività previste nel corso del 2019 relative alla prevenzione della corruzione e della trasparenza	Dipartimento di Prevenzione	03/07/2019

Aggiornamento mappatura, valutazione del rischio secondo nuova metodologia e avvalendosi di un gruppo di lavoro	SSD Patrimonio Immobiliare, S.C. Elettromedicali, Impianti e Automazioni	26/06/2019
Incontro sull'aggiornamento della gestione del rischio di corruzione	Dipartimento Giuridico, S.C. Igiene degli Alimenti di origine Animale, SD Gestione Rifiuti sanitari, S.C. SIA, SSD Servizio Ispettivo	18/06/2019
Incontro anticorruzione	Dipartimento tecnico - Amministrativo	11/06/2019
Incontro anticorruzione: adempimenti con particolare riferimento al trattamento del rischio secondo i dettami della nuova metodologia	S.C. Programmazione e Gestione Lavori e Risparmio Energetico	18/02/2019 e 03/06/2019
Incontro sulla prevenzione della corruzione	Distretti Sociosanitari	15/04/2019
Incontro sul trattamento del rischio dei processi soggetti ad audit regionale	S.C. Laboratorio Analisi	23/10/2019

#### *e) Codici di Comportamento*

Con Del n. 305 del 28/06/2018 questa Azienda ha adottato l'aggiornamento del proprio Codice di Comportamento. Per le novità introdotte e i contenuti principali si rinvia al P.T.P.C.T. 2019 - 2021

#### *f) 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>

Di seguito si illustrano le fasi programmate (attuate e da attuare):

Misura generale: misure di disciplina del conflitto di interesse: obblighi di comunicazione e di astensione			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuata dal 19/05/2015	il RPCT (a firma congiunta con il Direttore del Personale) ha trasmesso l'informativa sull'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, inviando i modelli di dichiarazione sostitutiva a tutte le strutture amministrative, tecniche e ad alcune sanitarie	Numero di moduli predisposti	Dirigenti degli uffici amministrativi e tecnici
Attuata: dicembre 2019	Verifica delle dichiarazioni rese da personale neo assunto in merito alla situazione di conflitto di interesse durante il monitoraggio di verifica sul rispetto del RPCT	Numero di moduli compilati	RPCT con i Referenti
Da attuare nel corso del 2020	Estensione a tutte le strutture sanitarie non ancora coinvolte	Numero di moduli compilati	Dirigenti degli uffici sanitari

### ***g) 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 nel precedente punto f), 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).

#### *h) 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 privati 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. L'obiettivo in futuro è quello di verificare le dichiarazioni rese:

Misura generale: verifica Inconferibilità degli incarichi di DG, DS, DSS e DA			
<b>Stato di attuazione</b>	<b>Fasi di attuazione</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Soggetto Responsabile</b>
In attuazione	Richiesta annuale delle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 33/2013	Numero di moduli pubblicati annualmente	Direzione Strategica

Misura generale: verifica Inconferibilità degli incarichi di DG, DS, DSS e DA			
da attuare: I semestre 2020	Analisi sulle modalità di verifica delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità	Predisposizioni di relazione sulle modalità per poter attuare in concreto le verifiche delle dichiarazioni	RPCT
Da attuare: II semestre 2020	Verifica sulle dichiarazioni rese	100% delle dichiarazioni riscontrate in aderenza al dettato di legge	RPCT

### *i) La rotazione del personale*

Sulla nozione di rotazione ordinaria, prevista dal c. 5 dell'art. 1 della L. n. 190/2012, e sulle indicazioni per la sua concreta attuazione si rinvia al P.T.P.C.T 2020 - 2022 e ai PNA. La misura rientra tra gli obiettivi strategici di questa Azienda:

Misura generale: rotazione del personale			
<b>Stato di attuazione</b>	<b>Fasi di attuazione</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Soggetto Responsabile</b>
attuato	preventiva mappatura degli uffici più esposti al rischio e conseguentemente da sottoporre a rotazione	Allegato al PTPCT con elenco degli uffici e dei processi da sottoporre a rotazione	RPCT
Da attuare: 2020	Analisi delle cause organizzative esistenti che ostacolano la rotazione	Relazione di analisi sulla situazione	RPCT e strutture coinvolte

Misura generale: rotazione del personale			
Da attuare: 2021	Proposta di interventi efficaci atti a rimuovere gli ostacoli presenti	Elaborazione di proposte concrete	RPCT e Strutture coinvolte
Da attuare: 2021	Individuazione della periodicità della rotazione e della tipologia (funzionale/territoriale)	Documento con indicazione delle caratteristiche della rotazione ordinaria da applicare	RPCT e Strutture coinvolte

### *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. Questa Azienda sta già monitorando l'applicazione del revolving door "preventivo" mediante la dichiarazione generale sulla inconferibilità 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 pub-*

*bliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.*

Attualmente la misura è applicata limitandosi a inserire una clausola nei contratti (o per l'area "contratti pubblici" all'utilizzo dei "bandi – tipo" che già la prevedono). Con il presente Piano è stato deciso di individuare degli strumenti più efficaci per accertare il rispetto della norma:

Misura generale: attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
ATTUATO	Verifica che nei bandi di gara, negli atti prodromici agli affidamenti o nei contratti (anche mediante procedura negoziata) sia stata inserita la condizione soggettiva per gli operatori economici che partecipano a procedure di affidamento 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 dell'Asl3 per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro	Monitoraggio annuale Inserimento dei dati nel questionario	RPCT e Referenti
DA ATTUARE: 2020	Predisposizione di un modello per le dichiarazioni relative al pantuflage da sottoscrivere all'atto della sua cessazione	Pubblicazione modulo e sua pubblicazione sulla intranet aziendale	RPCT
DA ATTUARE: 2020	Il dipendente al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico ha l'obbligo 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	Modulo compilato	Tutti i dirigenti che stanno per cessare

Misura generale: attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro				
DA 2021	ATTUARE:	Acquisizione delle dichiarazioni di pantuflage rese dal personale cessato dal servizio nel corso dell'anno	Numero di dichiarazioni acquisite su numero di dipendenti cessati dal servizio	Dirigente S: Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

#### *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. Da quest'anno grazie al contributo del Gruppo Regionale (vedi Parte pro-ma let. c) I soggetti esterni) è stata installato uno specifico applicativo informatico per la gestione dei reclami:

Misura generale: Applicazione informatica per gestione domande whistleblowing			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuato	Richiesta di acquisizione di un programma per la gestione delle segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti (whistleblower) da estendere a tutti gli Enti del SSR	Nota ALISA prot. n. 1379 del 21/01/2019	ALISA
Attuato	Individuazione di alcuni applicativi whistleblower in uso nella amministrazioni per individuare l'applicativo più adatto per le esigenze degli Enti Sanitari liguri	Individuazione di uno o più applicativi da analizzare in dettaglio	Gruppo di Lavoro regionale

Misura generale: Applicazione informatica per gestione domande whistleblowing			
Attuato	Analisi tecnica degli applicativi informatici individuati anche attraverso appositi incontri tecnici per verificare quello che a parità di costi	Scelta del software illustrando le caratteristiche principali	Esperti informatici delle varie Aziende Liguri
Attuato	Invio di nota contenente una checklist relativa alle informazioni necessarie per comprendere se l'applicativo è conforme al Regolamento Europeo n. 279/2016 sulla protezione dei dati personali	Risposta del DPO regionale sulla conformità o meno del programma alle direttive della privacy	Gruppo di Lavoro regionale - DPO regionale
Attuato	Pieno utilizzo del programma sia da parte del RPCT sia da parte degli utenti (dopo un breve periodo di testing)	Collegamento alla piattaforma di segnalazione sia sul sito intranet che su quello internet	SIA
Da attuare: 2020	Costituzione di un gruppo di lavoro dedicato per la verifica e le analisi delle segnalazioni	Adozione da parte dell'Ente di un apposito atto organizzativo	RPCT e Direzione Aziendale
Da attuare: 2020	Elaborazione di linee guida interne per la gestione delle segnalazioni e per la tutela del segnalante	Adozione formale di un apposito Regolamento	Gruppo di Lavoro Regionale

***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 sul divieto da parte di 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, di far parte anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi e per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, né di essere assegnati 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 o per la concessione o per l'erogazione

ne di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere. Quest'anno la misura è stata progettata per migliorare il rispetto di quanto previsto dalla normativa:

Misura generale: Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
attuato	Divieto di partecipare a commissioni di gara	Verifica effettuata durante il monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento	RPCT e Referenti
attuato	Predisposizione appositi moduli: da far sottoscrivere ai componenti commissioni di gara, dirigenti e funzionari preposti alla gestione di risorse finanziarie, acquisizione di beni e servizi ,concessione di benefici , sussidi e vantaggi economici_ e da parte dei componenti di commissioni selettive di accesso a pubblici impieghi	N.due moduli predisposti	Gruppo regionale anti-corruzione
Da attuare: 2021	Trasmissione moduli alle strutture interessate	N. moduli compilati	Strutture coinvolte
Da attuare: 2021	Richiesta in sede di monitoraggio del numero delle dichiarazioni compilate	n. moduli raccolti	Strutture coinvolte

## Parte Quinta - Il monitoraggio

Nell'anno 2019 sono stati svolti i seguenti monitoraggi:

- a) monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T., dei Codici e della sezione relativa alla trasparenza (comprensivo di quello relativo al trattamento del rischio);
- b) controllo sui procedimenti disciplinari;
- c) Monitoraggio sui tempi dei procedimenti;

### *a) Monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento*

Per aumentare l'efficacia della verifica quest'anno si è svolto attraverso apposte riunioni di Dipartimento in cui oltre al Direttore di Dipartimento hanno partecipato tutti i Direttori di struttura e il RPCT. E' stato pertanto verificato il grado di assolvimento della normativa e degli obblighi contenuti nel Piano e nel Codice di Comportamento.

Gli obblighi oggetto di verifica sono stati semplificati e razionalizzati per rendere il lavoro più agile e concentrarsi sugli aspetti essenziali. La struttura delle domande è comunque rimasta la stessa. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al P.T.P.C.T 2019 – 2021

Si registra un miglioramento nel rispetto degli obblighi e una maggiore attenzione alla normativa contenuta nel Codice di Comportamento. Qualche carenza è stata riservata al rispetto di alcuni obblighi di pubblicità e di alcuni obblighi organizzativi previsti nel P.T.P.C.T.

I risultati in dettaglio sono pubblicati in allegato al presente Piano (allegato n. 6).

### *b) 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 sono stati svolti 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.

### **c) 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". Nel 2018 è stata modificata la modalità di raccolta dati per renderla più efficiente e trasparente (si rinvia al P.T.P.C.T. 2019 – 2021 per gli approfondimenti del caso). Da quest'anno i dati sono inseriti dai coordinatori dei vari uffici in apposite tabelle condivise in rete. I dati inseriti sono pubblicati direttamente dal RPCT per garantire una maggiore uniformità e il rispetto della qualità dei formati aperti che vengono pubblicati. I dati sono visibili accedendo alla sezione di "Amministrazione Trasparente" - "Attività e procedimenti" – "Monitoraggio tempi procedurali"