



***PIANO TRIENNALE
DELLA PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE
E DELLA TRASPARENZA
Aggiornamento al 2021***

Sommario

Parte Prima – Finalità, organizzazione e obiettivi del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.)	4
a) <i>L'aggiornamento del Piano anticorruzione all'insegna di una maggiore chiarezza e semplicità</i>	4
b) <i>Obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza per il 2021</i>	6
c) <i>Il processo di elaborazione del P.T.P.C.T.: soggetti, compiti e responsabilità</i>	8
Parte Seconda - La gestione del rischio: un nuovo approccio	17
a) <i>Novità introdotte nel 2021</i>	17
b) <i>I principi</i>	18
c) <i>Il contesto esterno</i>	20
d) <i>Il contesto interno- mappatura dei processi</i>	20
e) <i>La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione</i>	24
f) <i>Il trattamento del rischio</i>	27
g) <i>Il monitoraggio del trattamento del rischio: esito delle misure da attuare nel 2019</i>	28
h) <i>Auditing 2020</i>	29
Parte terza - La trasparenza amministrativa	30
a) <i>Organizzazione dei flussi informativi: i soggetti preposti all'individuazione, all'elaborazione e alla trasmissione dei dati</i>	30
b) <i>Organizzazione dei flussi informativi: la pubblicazione informatizzata dei dati</i>	31
c) <i>Disposizioni organizzative per assicurare la regolarità dei flussi informativi</i>	31
d) <i>Collegamento tra performance, trasparenza e P.T.P.C.T. nel 2021</i>	34
e) <i>Iniziative di comunicazione con i portatori di interesse nel 2018</i>	35
f) <i>Principali attività di verifica svolte nel corso del 2020</i>	36
g) <i>Misure generali di trasparenza</i>	36
Parte Quarta - Le misure "generali"	37
a) <i>Formazione in tema di anticorruzione</i>	38
b) <i>Codici di Comportamento</i>	39
c) <i>Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse</i>	39
d) <i>Incarichi extra-istituzionali</i>	40
e) <i>Inconferibilità – incompatibilità ex D.Lgs. n. 39/2013</i>	41
f) <i>La rotazione del personale</i>	42
g) <i>Revolving doors o pantouflage</i>	43
h) <i>Whistleblower (Sentinella Civica)</i>	44

i) Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.	44
j) Antiriciclaggio	45
Parte Quinta - Il monitoraggio.....	46
a) Monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento.....	46
b) Controlli sui procedimenti disciplinari	46
c) Verifica del monitoraggio sui tempi dei procedimenti.....	47

Allegati del P.T.P.C.T. :

- **Allegato n. 1: Elenco dei processi (Covid, non Covid a seguito di audit)**
- **Allegato n. 2: Elenco delle misure da avviare o concludere**
- **Allegato n. 3, 3bis, 3ter): Schede dei processi (Covid, non Covid, audit)**
- **Allegato n. 4: Elenco responsabili trasmissione e pubblicazione dati obbligatori**
- **Allegato n. 5, 5 bis, ter, quater quinquies, sexies, septiem: Questionari di sintesi sul monitoraggio P.T.P.C.T. e Codice di Comportamento**
- **Allegato n. 6: Scheda di sintesi dei procedimenti disciplinari**

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

L'elaborazione e aggiornamento del presente Piano anticorruzione (P.T.P.C..T) è stato pesantemente condizionato dall'emergenza pandemica ancora in atto rendendo problematico programmare misure e obiettivi a lungo termine.

In considerazione di ciò quest'anno si è ritenuto opportuno adottare un Piano limitato al 2021 per comprendere meglio l'evoluzione della pandemia ed evitare di individuare degli obiettivi e delle misure a cadenza triennale di cui non si poteva garantire la corretta applicazione.

Tuttavia ciò non significa che il presente documento risulti ridimensionato in termini di efficacia e di finalità. Malgrado le principali risorse e le energie dell'Azienda siano state profuse per contrastare l'emergenza sanitaria, anche in questi mesi così difficili, non è mai venuto meno l'impegno a garantire un alto livello di trasparenza e a sorvegliare il corretto andamento dei processi decisionali e delle procedure a rischio attraverso un sistema di prevenzione fondato sulla partecipazione dal basso, sulla collaborazione e condivisione delle misure di prevenzione di corruzione.

L'unica differenza rispetto ai Piani precedenti consiste nella limitazione temporale degli obiettivi e delle misure individuate per far sì che il Piano possa essere percepito anche dall'esterno come uno strumento agile, operativo, pratico, non formale e costituito da proposte concretamente realizzabili.

Per il resto il presente PTPCT si colloca in una linea di tendenziale continuità con il precedente; infatti, da un lato si è proseguito nel percorso di semplificazione già avviato: stralciando tutte le parti ridondanti, o comunque non necessarie, razionalizzando gli argomenti trattati, suddividendo quelli più complessi in tabelle di sintesi, utilizzando un linguaggio semplice e chiaro. Dall'altro è stata mantenuta, anzi rafforzata, l'impostazione in base alla quale le iniziative di prevenzione, inserite nel Piano, non siano rivolte solo a contrastare la corruzione intesa in senso penalistico, ma contribuiscano al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia della performance degli uffici, attraverso una migliore qualità della gestione del rischio.

Infatti, il concetto di corruzione, nell'ambito della prevenzione, è molto più allargato rispetto al Codice Penale 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, di favoritismi e privilegi, "collocandosi in quelle zone grigie che separano i comportamenti sicuramente leciti da quelli gravemente sanzionati".

Di conseguenza ogni misura di prevenzione introdotta è stata ancorata alle seguenti due tipologie di eventi corruttivi, che si vogliono contrastare:

1. Malamministrazione (cattiva gestione dei processi)
2. Disparità di trattamento tra i dipendenti

Le misure inserite nel presente Piano devono essere intese pertanto come vere e proprie misure organizzative, progettate con fasi, tempi, indicatori, ognuna delle quali rappresenta un obiettivo per migliorare l'organizzazione del lavoro e in grado di innalzare il livello di trasparenza e imparzialità tra i dipendenti al fine di accrescere lo "spirito di corpo" e un maggiore senso di appartenenza all'Azienda.

Il presente P.T.P.C.T. è costituito:

- dagli obiettivi strategici predisposti dal Direttore Generale (con nota prot. n. 18406 del 08/02/2021)
- da un elenco sintetico dei processi (nuovi o aggiornati) e delle misure progettate
- dalle schede dei processi, della valutazione e del trattamento del rischio
- dai soggetti coinvolti nelle politiche di prevenzione, il loro ruolo e le relative responsabilità;
- dalle misure di prevenzione generali
- dai Questionari di verifica sul rispetto degli obblighi di prevenzione del piano e del Codice di Comportamento compilati dai Dipartimenti.

Piano in pillole:

Nel corso dell'anno il presente Piano verrà integrato da un documento più agile e informale, denominato "Piano in pillole", con lo scopo di rendere sempre più concreto e accessibile a un maggior numero di dipendenti possibile, ai portatori di interesse e ai cittadini i principi, gli obblighi le attività svolte, le misure di prevenzione individuate per garantire trasparenza e integrità in Azienda.

b) Obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza per il 2021

La definizione e l'aggiornamento degli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione per il 2021, ai sensi del c. 8 dell'art. 1 della L. n. 190/2012, è inevitabilmente condizionata dall'emergenza sanitaria ancora in corso. Di conseguenza è risultato indispensabile rimodulare gli obiettivi strategici previsti, per il periodo 2020 – 2022, tenendo conto del contesto esterno così profondamente mutato, della pressione sulle strutture sanitarie e delle conseguenti misure intraprese dalle istituzioni nazionali, regionali e da questa Azienda, nella consapevolezza che sia necessario trovare un equilibrio tra la necessità di garantire risposte veloci ed efficaci ai bisogni di cura contro il Covid19 con l'esigenza di mantenere comunque un livello adeguato di trasparenza ed integrità nello svolgimento dei processi sanitari ed amministrativi.

Per raggiungere questo delicato equilibrio evitando da un lato di aggravare di adempimenti eccessivi le strutture aziendali più direttamente soggette a fronteggiare l'emergenza e dall'altro evitare che gli obiettivi anticorruzione si riducano a meri adempimenti astratti e burocratici, si è cercato di realizzare un collegamento tra il Piano anticorruzione (PTPCT), il quale appunto definisce le politiche di prevenzione con il Piano Pandemico Aziendale (PPA), che, tra l'altro, fornisce un elenco e una descrizione dei principali processi, che sono stati condizionati dall'epidemia, e delle conseguenti strategie per ridurne l'impatto.

Sono state pertanto individuate le procedure indicate nel PPA che potrebbero presentare potenzialmente delle criticità in termini di trasparenza e di potenziale rischio corruttivo: per alcuni processi si è già avviata un'attività nella seconda parte del 2020, per altri si procederà nel corso del 2021.

Sulla base di questi processi sono stati costruiti gli obiettivi, i relativi indicatori e risultati attesi come da tabelle sottostanti:

Obiettivi strategici	Indicatori di risultato	Risultati attesi 2021	Collegamento con il PPA
Prosecuzione attività di auditing delle “procedure assunzionali straordinarie” a seguito del Covid	Incontri "sul campo" per verificare l'aderenza delle procedure mappate con casi specifici	Verifica a campione della procedura di reclutamento e di liquidazione dei compensi dei consulenti, del personale in “comando”, in “quiescenza” e del personale impiegato nell’ambito del reparto Covid sulla nave Splendid di Grimaldi	Cap 8.1, pag 46 e 47
Gestione del rischio del processo di smart - working	Svolgimento del “trattamento del rischio”	Impostare un sistema di monitoraggio per verificare le attività svolte in smart - working confrontate con quelle svolte in ufficio; verifica rapporto domande presentate/accolte	Cap 8.1, pagg 48 e 49 e 50
Gestione del processo relativo alla sanificazione delle aree di degenza COVID (Servizio alberghiero, lavandolo e pulizia e SPP)	Numero di e tipo di interventi di sanificazione delle aree di degenza Covid	Mappatura e descrizione del processo; pubblicazione su “Amministrazione Trasparente” dei dati sugli interventi di sanificazione	Cap. 5.4 pag. 11
Verifica gestione attività dei GSAT	Numero richieste attivate	Pubblicazione su “Amministrazione Trasparente” dei dati relativi alle attività svolte	Cap. 7 pag. 18
Mappatura, trattamento del rischio e monitoraggio del processo di acquisizione ed utilizzo diagnostiche pro Covid	Compilazione schede relative al monitoraggio e del trattamento del rischio del processo; b) monitoraggio costi tamponi	Analisi delle fasi: a) acquisizione; b) modalità di utilizzo dei tamponi; c) analisi della spesa e del consumo dei tamponi	Cap. 7
Aggiornamento Codice di Comportamento a procedura aperta come stabilito dall’art. 17 del Codice di comportamento interno vigente (termine previsto entro il 2017)	Bozza del documento entro 30 novembre 2021	Aggiornamento del Codice di Comportamento sulla base della specificità aziendale e della normativa anticovid	
Prosecuzione gestione del rischio e attività di audit dei processi condizionati dal Covid	Numero verbali trasmessi al DG	Individuare nuove misure di prevenzione della corruzione	

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

1) 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 (da marzo 2020 esclusivamente in video conferenza) 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 indicando sinteticamente il loro ruolo e le loro responsabilità.

II) 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:

- 1) elabora in via esclusiva della proposta del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (art. 1 c. 8);
- 2) trasmette alla Direzione Generale la relazione recante i risultati svolti ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012;
- 3) segnala alla Direzione Generale e all'OIV di “disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza” (art. 1 c. 7)
- 4) dà avvio ad appositi audit interni;
- 5) invia alla Direzione Generale tutti i verbali degli incontri audit e della relazione conclusiva;
- 6) riceve il riscontro dalla Direzione Generale alle segnalazioni dei punti 3) e 5)
- 7) verifica l'efficace attuazione del PTPCT (art. 1 c. 10)
- 8) effettiva 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 procedimenti disciplinari (UPD) il mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- 9) cura la diffusione della conoscenza dei Codici di Comportamento e il monitoraggio della loro attuazione (art. 15 c. 3 DPR n. 62/2013)
- 10) vigila 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 chiamate ad una costante collaborazione ad informare il RPCT e il suo assistente delle attività svolte come previsto dall'art. 1 c. 9 lett. c).

In fine si segnala che con Del n. 268 del 20/09/2020 il RPCT è stato individuato come “Gestore” delle segnalazioni alla UIF delle operazioni sospette di riciclaggio.

b) Direzione Generale

Il Direttore Generale individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), impegnandosi a tutelarne l'indipendenza, adotta il Piano e definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Riceve dal RPCT i verbali e le relazioni conclusive degli audit interni e eventuali segnalazioni di non attuazione delle misure e di mancato rispetto degli obblighi contenuti nel P.T.P.C.T. attivandosi per risolvere le criticità ravvisate.

Riceve la relazione, di cui all'art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012, predisposta dal RPCT, presentando eventuali osservazioni o chiarimenti prima della pubblicazione su "Amministrazione Trasparente".

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 di pertinenza 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 (nel 2020 svolti in videoconferenza) nei quali:

- vengono illustrati i contenuti degli obblighi e compilati sotto la direzione del RPCT dei "Questionari" per verificare il rispetto delle norme (vedi allegato n. 5 al P.T.P.C.T.)
- vengono esposte le criticità e le problematiche riscontrate nel corso dell'anno.

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 per-

sonale. 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.

Sia i referenti sia i dirigenti in caso di mancato rispetto degli obblighi previsti dal P.T.P.C.T. e, in particolare quelli relativi alla mancata attuazione della gestione del rischio e dell'attuazione delle misure di prevenzione previste sono sanzionati secondo quanto previsto dal Codice di Comportamento aziendale a cui si rinvia.

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 la recente Del. n. 102 del 24/02/2021 è stato nominato il nuovo presidente dell'OIV in sostituzione del presidente dimissionario.

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 procedimenti disciplinari legati a fatti di corruzione, con indicazione del codice penale violato;
 - le aree, le strutture in cui si sono verificate le suddette violazioni e le sanzioni irrogate;
- attiva il relativo procedimento disciplinare in caso di violazione dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001
- fornisce, in raccordo con il RPCT, assistenza e consulenza ai dipendenti in materia di corretta attuazione e applicazione delle norme del Codice di Comportamento.

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.

l) 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.

m) Responsabile della Protezione dei Dati – RPD

Il Responsabile della Protezione dei Dati – RPD, figura introdotta dal Regolamento UE n. 679/2016 ha il compito valutare e organizzare la gestione del trattamento di dati personali, e dunque la loro protezione, all'interno di un'azienda, di un ente o di una associazione, affinché questi siano trattati in modo lecito e pertinente. Di conseguenza è necessario stabilire una stretta collaborazione tra questo soggetto e il RPCT per garantire che i dati pubblicati su “Amministrazione Trasparente” rispettino la normativa sulla privacy.

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

n) Responsabili delle segnalazioni antiriciclaggio

Con Del 268 del 20/09/2020 è stato approvato un regolamento interno in materia di comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio e antiriciclaggio e sono stati individuati come “Responsabile della segnalazione” il Direttore/Responsabile di ogni struttura aziendale che instaura rapporti contrattuali/di servizio o che effettua transazioni di natura economica con soggetti

esterni all'organizzazione: S.C. Bilancio e Contabilità, S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture, S.C. Elettromedicali, Impianti e Automazioni, S.C. Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico, S.C. Riqualificazione Edilizia, S.C. Sistemi Informativi Aziendali, S.S.D. Economato e Logistica, S. C. Farmaceutica Ospedaliera, S.C. Farmaceutica Territoriale, S.S.D. Telecomunicazioni e Progetti Strategici per l'Integrazione, SS.CC. Distretto Sociosanitario n. 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13. I compiti di questi soggetti e il loro coordinamento con il "Gestore" nella figura del RPCT sono stati definiti nel regolamento succitato a cui si rinvia.

n) Responsabile della Transizione Digitale (RTD)

Figura introdotta dall'art. 17 del CAD (Codice di Amministrazione Digitale) con il compito di favorire il passaggio alla modalità operativa digitale ed i conseguenti processi di riorganizzazione finalizzati alla realizzazione di una amministrazione digitale ed aperta. Il collegamento con le attività del RPCT sono molto evidenti soprattutto nell'ambito della trasparenza. Il RDT della Asl3 è la Dott.ssa Pareto, Responsabile della S.C. Sistemi Informativi Aziendali

III) 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 2020 sono state svolte numerose attività tra le quali: linee guida comuni sulla pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali alla luce delle disposizioni del decreto "Milleproroghe", approvazione di un regolamento sull'antiriciclaggio, aggiornamento della modulistica relativa alle inconfiribilità/incompatibilità dei dirigenti, indicazioni sulla pubblicità dei dati relativi all'art. 42 del D.Lgs. n. 33/2013. Con nota Alisa n. 36029 del 16/12/2020 è stato trasmesso il Rapporto annuale di attività 2020 del Gruppo di lavoro regionale sull'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza nelle Aziende Sanitarie e negli enti della Regione Liguria.

Parte Seconda - La gestione del rischio: un nuovo approccio

a) Novità introdotte nel 2021

Nel corso del 2020 si è proceduto ad operare alcune modifiche alle matrici e alle tabelle relative alla gestione del rischio sia sotto il profilo grafico che nei contenuti al fine di stabilire un collegamento più stringente tra la fase della valutazione del rischio ed il trattamento e per dare più evidenza ai condizionamenti subiti dai singoli processi e dalle aree a rischio a seguito dell'emergenza Covid.

Nello specifico è stata predisposto un elenco dei processi – allegato 1 al P.T.P.C.T - (evidenziando quelli che sono stati aggiornati o individuati a seguito dell'emergenza) precisando la modalità di analisi del processo (ad esempio mediante la compilazione del test del corso di formazione sulla gestione del rischio, attraverso il gruppo di lavoro o a seguito di audit interni). Nell'elenco sono stati inseriti tutti i nuovi processi (non ancora analizzati nel passato), i processi già analizzati ma il cui aggiornamento ha consentito di individuare delle misure di prevenzione, dei processi già mappati ma che hanno subito delle significative modificazioni rispetto al 2019.

Nell'elenco delle misure - allegato n. 2 al P.T.P.C.T. - è stata inserita una colonna nella quale viene precisato se le misure specifiche siano state individuate a seguito di una specifica analisi di efficacia efficienza e sostenibilità e indicando i termini per la loro attuazione.

L'allegato n. 3 al P.T.P.C.T. (suddiviso in tre parti: processi "Covid", "non Covid" e processi individuati/mappati a seguito di audit) è costituito dalle matrici dei processi, che ricalcano quelle del 2019. Come novità è stata introdotta una sezione con la quale viene data evidenza del (o dei) fattori abilitanti da limitare con l'attuazione della misura.

b) I principi

Al fine di consentire agli uffici di svolgere adeguatamente il processo relativo alla gestione del rischio è stato predisposto un corso di formazione a distanza nel quale sono state illustrate i principi e la metodologia impiegata da questa Azienda sulla base delle indicazioni di cui all'allegato n. 1 del PNA 2019. Invece del consueto test a risposta multipla è stato introdotto un **"test pratico"** nel quale i candidati dovevano predisporre una mappatura di un processo individuando i rischi e le misure di prevenzione. I test elaborati nel modo corretto sono confluiti all'interno del Piano.

I principi adottati per la gestione del rischio sono stati i seguenti:

- 1) **Concetto di corruzione "allargata"**: inteso come cattiva gestione dei processi: tutto ciò che contro il buon andamento di un processo può essere considerato corruzione (intesa quindi come "malamministrazione"). In altre parole l'obiettivo della gestione del rischio non è quella di trovare "corrotti" o "tangenti" all'interno degli uffici ma di far emergere disfunzioni a livello organizzativo e trovare rimedi adeguati.
- 2) **Gradualità e approfondimento**: nel senso che le varie fasi del processo dovrebbero essere svolte per gradi; all'inizio partendo da un'analisi più generale e sintetica per arrivare ad un'analisi più approfondita e analitica perché un comportamento a rischio non individuato in fase di mappatura non potrà essere valutato nella successiva fase di trattamento del rischio. Ciò comporta, ad esempio, che un determinato processo, ancorché sia stato già mappato l'anno precedente deve essere comunque rivisto l'anno successivo non solo alla luce di eventuali novità normative intervenute ma anche per affinarlo meglio, per migliorarlo. La gestione del rischio, dunque, non si configura come un lavoro statico ma dinamico sempre in continua evoluzione.
- 3) **Specializzazione**: nel senso che i processi devono essere analizzati per far emergere le "prassi operative" in uso dai vari uffici per lo svolgimento delle attività del processo; non è sufficiente, ad esempio, descrivere un processo riferendosi semplicemente alla legge o

al regolamento di riferimento ma avendo a mente le modalità organizzative proprie del contesto in cui esso si svolge.

- 4) **Prudenza:** nel senso che le scelte sulle valutazioni del rischio devono evitare il pericolo di sottostimare il rischio con la conseguenza di escludere dalla mappatura o dal trattamento alcuni processi che almeno potenzialmente potrebbero essere meritevoli di indagine.
- 5) **Partecipazione del personale:** nel senso che tutte le fasi della gestione del rischio dovrebbero essere attuate in “autovalutazione”: sotto il coordinamento del RPCT le attività di identificazione dei rischi e del trattamento dovrebbero risultare da una riflessione che coinvolga il più possibile i dipendenti degli uffici rientranti nelle aree a rischio e non ridursi a decisioni a tavolino, prese magari all’ultimo momento, da una persona sola: ciò per evitare il pericolo di un lavoro astratto e burocratico fine a sé stesso. Con il PNA 2019 è stata introdotta una fase “trasversale” al processo della gestione del rischio denominata “consultazione e comunicazione” proprio per rafforzare i canali di comunicazione, di coinvolgimento e di condivisione dei dipendenti (e dei portatori di interesse) nel ciclo del rischio.
- 6) **Misure organizzative e programmate:** nel senso che le misure di prevenzione sono individuate dopo avere rintracciato le variabili di contesto, ovvero i “fattori abilitanti” (organizzativi, sociali e ambientali) che rendono possibile l’evento corruttivo. Non possono perciò essere frutto di “mero formalismo” e ridursi a generici “proclami” a rispettare le norme che regolano un determinato processo o al vago rispetto degli obblighi di trasparenza.
- 7) **Collaborazione:** gli uffici, i gruppi di lavoro e i discenti del corso di formazione operativo sono state costantemente assistite mediante incontri a distanza e continui confronti al fine di arrivare ad un risultato più efficace e condiviso possibile.
- 8) **Flessibilità:** nel senso che a seguito della pandemia in atto non è stato possibile coinvolgere tutti gli uffici rientranti nelle aree a rischio. I settori più esposti all’emergenza sanitaria sono stati esonerati anche per evitare che il lavoro di analisi risultasse affrettato e pertanto poco significativo.
- 9) **Operatività:** nel senso che i gruppi di lavoro che si occupano della gestione del rischio devono analizzare i processi secondo un approccio pragmatico e concreto e non dedicarsi alla meccanica applicazione di parametri e formule o al mero inserimento di dati in tabelle preimpostate.

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.

Nel PTPCT 2020 – 2022 era stata predisposta una matrice di "swot" (a cui si rinvia) individuando i soggetti che interagiscono con questa Asl3, la tipologia di relazione e il rischio, l'incidenza di variabili esterne e i rischi connessi mettendo in luce l'importanza degli interessi in gioco e un quadro sia pure sommario dell'influenza del contesto esterno e della sua relazione con il livello di rischio individuato nel presente Piano.

A seguito dell'emergenza sanitaria il contesto esterno è risultato influenzato in maniera preponderante dalle misure di contenimento adottate per farvi fronte.

Il sito internet aziendale nella "home page" contiene gli aggiornamenti in tempo reale delle attività di interesse della popolazione, tra cui le modalità per la prenotazione del vaccino:

www.asl3.liguria.it

d) Il contesto interno- mappatura dei processi

Analisi del contesto interno: inquadramento generale

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

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

I Distretti rappresentano l'unità funzionale dell'assistenza sanitaria erogata dall'Asl: il punto di partenza dei percorsi clinici, che possono prevedere o meno - al loro interno - una "tap-

pa” ospedaliera, ma nel territorio debbono concludersi. Fanno parte del territorio di Asl3 quattro stabilimenti ospedalieri (Villa Scassi a Sampierdarena, Padre Antero Micone a Sestri Ponente, Gallino a Pontedecimo, La Colletta ad Arenzano) integrati tra loro nel Presidio Ospedaliero Unico, in grado di erogare prestazioni specialistiche in regime di ricovero. Il Direttore Generale, nominato dalla Regione, è l’organo di indirizzo, programmazione e governo dell’Azienda. E’ il legale rappresentante dell’Azienda ed ha la responsabilità complessiva della stessa. E’ responsabile del raggiungimento degli obiettivi indicati dalla Regione nonché della corretta ed economica gestione dell’Azienda.

In particolare, sono riservati al Direttore Generale:

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

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

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

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

Il Processo di Programmazione si occupa dell’implementazione delle strategie e del raggiungimento delle finalità assunte in sede di pianificazione strategica attraverso la defini-

zione del percorso da seguire per raggiungere gli obiettivi partendo dalla gestione corrente e dalla conoscenza del proprio ambiente anche in ordine ai cosiddetti “punti di forza e di debolezza” dell’Azienda.

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

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

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

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

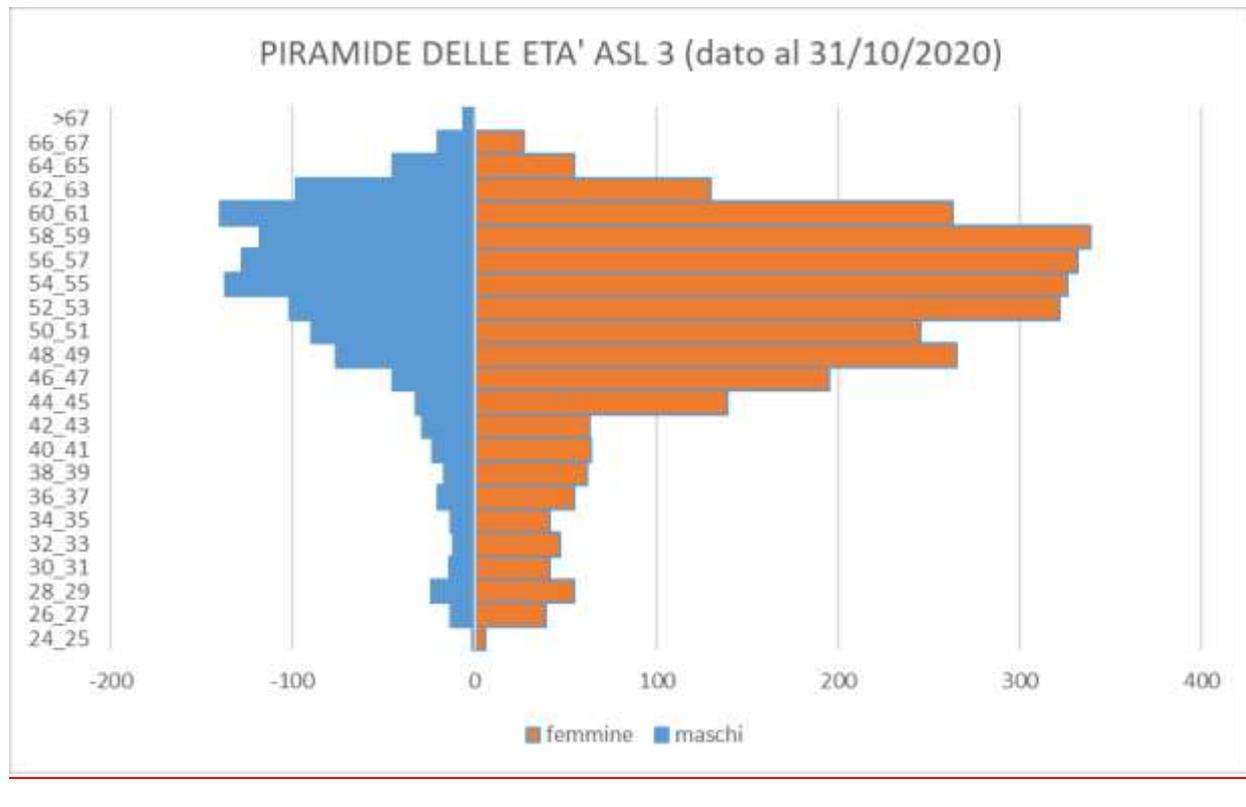
Analisi del contesto interno: approfondimento

Nel 2019 è stata effettuata un’analisi del contesto interno 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 concreti capaci di favorire l’individuazione delle misure di prevenzione di corruzione (vedi paragrafo successivo)

Tra i fattori abilitanti evidenziati già allora in sede di gestione del rischio quello che maggiormente sembra ricorrere, a prescindere dal tipo di processo o area di rischio considerata, riguarda il personale (sia per il numero in costante diminuzione sia per l’età piuttosto alta come risulta dai fattori abilitanti di sintesi elencati nel paragrafo relativo alla valutazione del rischio). Di conseguenza nel 2020 è stato deciso di approfondire questa variabile di contesto in grado di influenzare l’efficienza dei processi.

L’età media del personale Asl (dati ottobre 2020) si attesta sui 52,31 anni (51,88 anni per il personale femminile e 53,52 anni per il personale maschile). In particolare l’età media del personale infermieristico è di 50,87 anni. La dirigenza medica si attesta sui 53,53 anni dato mol-

to vicino alla media del personale dirigente (53,48 anni). Non si notano particolari scostamenti dagli anni precedenti.



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

L'elevata età media del personale ha determinato inoltre un aumento delle concessioni dei benefici della legge 104/92 necessaria per l'assistenza degli anziani di casa, ed ha generato una minor presenza in servizio. Il tasso di assenza è confermato, anche per il 2020 con un valore superiore all'11%.

Nel corso dell'anno 2020, a causa della pandemia da Covid 19 sono state effettuate numerose assunzioni di personale COLIPRO e COCOCO per fronteggiare la pandemia e ASL 3 ha riorganizzato i servizi riallocando il personale nei servizi maggiormente coinvolti nel contrasto alla pandemia (Drive Trough, GSAT, cure domiciliari, campagna vaccinale).

Mappatura dei processi

Al fine di semplificare il lavoro di analisi anche in considerazione dell'emergenza sanitaria anche quest'anno i dati richiesti per la mappatura (registrati all'interno di un elenco allegato n. 3 – Schede processi) sono rimasti invariati decidendo quindi di non scorporare le fasi dalle azioni e di limitarsi ad individuare come responsabile il dirigente direttore dell'ufficio:

3. Fasi del processo
4. Descrizione della fasi/azioni
5. Perimetro di competenza delle varie fasi/azioni (esterno all'Azienda o interno)
6. Esecutore della fase (denominazione dell'ufficio competente allo svolgimento della fase/azione)

E' stata dedicata molta attenzione a tutti quei processi che più di altri sono stati condizionati dall'emergenza pandemica, ristrutturando i processi già tracciati in passato o pubblicandone altri che a seguito della crisi hanno assunto particolare rilievo

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

Identificazione del rischio

Nello stessa matrice di mappatura (allegato n. 3) è presente un'altra sezione relativa alla fase dell'identificazione dei rischi, rimasta invariata, e 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 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 caratteristiche 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 o comunque rientrante in quel concetto di corruzione allargato collegato alla malamministrazione o alla disparità di trattamento nei confronti di soggetti esterno ovvero tra i dipendenti interni all'Azienda.

La ricognizione dei rischi (eventi di rischio e comportamenti corruttivi) è visionabile all'interno delle schede dei processi (allegato n. 3). Tali schede costituiscono pertanto il "registro dei rischi" individuati nel corso del 2020

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):

n.	Elenco dei "macro" fattori abilitanti individuati
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: in linea con le indicazioni dell'Anac per l'analisi del rischio, ovvero la stima del livello di esposizione al rischio, è stato scelto di applicare un sistema di misurazione qualitativo piuttosto che quantitativo sulla base di una serie indicatori di rischio "in grado di fornire indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività

componenti” (per semplicità per il 2020 l’analisi del rischio ha riguardato l’intero processo e non le singole fasi).

Indicatori di rischio considerati per l’analisi:

- 1) livello di interesse “esterno”
- 2) grado di discrezionalità del decisore
- 3) opacità del processo decisionale
- 4) livello di collaborazione del responsabile del processo o dell’attività nella corruzione
- 5) grado di attuazione delle misure di trattamento
- 6) manifestazioni di eventi corruttivi in passato
- 7) segnalazioni di illeciti
- 8) procedimenti disciplinari

Il valore del livello di esposizione al rischio risulta essere il prodotto di due fattori: la probabilità dell’evento (sulla base degli indicatori di rischio n. 1 – 5) per l’intensità del relativo impatto (sulla base degli indicatori di rischio n. 6 – 8).

Entrambi i fattori (probabilità e impatto) sono stati declinati in una scala crescente di 5 valori: molto bassa, bassa, media, alta, altissima:

<u>MATRICE DI RISCHIO</u>	IMPATTO				
PROBABILITA'	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
ALTISSIMA	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO	ALTISSIMO	ALTISSIMO
ALTA	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTISSIMO
MEDIA	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
BASSA	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO
MOLTO BASSA	MOLTO BASSO	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO

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. Di conseguenza nel calcolo del rischio è necessario adottare un criterio alla prudenza, volto ad evitare una sottostima del rischio al fine di escludere dal trattamento del rischio di quei processi che avrebbero invece bisogno di adeguate misure correttive.

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:

- a) **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
- b) **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.
- c) **Selezione e progettazione delle misure:** In caso dalle analisi a) e b) risultassero misure sostenibili con i tempi e le risorse a disposizione le stesse devono essere adeguatamente progettate onde evitare che le stesse si riducano a delle previsioni astratte precisando le fasi, i tempi i soggetti responsabili e gli indicatori.. E' 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.

Nell'elenco delle misure (allegato n. 1 b) è stata inserita una colonna nella quale si dà conto dell'effettuazione delle analisi dei punti a) e b) (analisi "as – is" e analisi di efficacia, efficienza e sostenibilità)

Nelle schede di dettaglio dei processi (allegato n. 1) l'ultima sezione è riservata alla progettazione delle misure denominata: programmazione misura specifica nella quale sono indicati gli elementi che compongono la progettazione della misura di cui al punto c). Sotto il titolo sono precisati i fattori abilitanti individuati nella fase precedente della valutazione che si vogliono limitare con l'attuazione della misura specifica di prevenzione del rischio.

Durante la fase nell'analisi del rischio qualora il valore del rischio sia risultato pari a "altissimo" o "alto" si è cercato di individuare almeno una misura specifica di prevenzione.

Per conferire alle misure progettate carattere di maggiore concretezza nell'elenco delle misure (allegato 1 a) è stata inserita una colonna nella quale le misure stesse sono state catalogate secondo la tipologia indicata nel PNA 2019: misure di controllo, trasparenza, definizione e promozione dell'etica, regolamentazione, formazione, sensibilizzazione e partecipazione, rotazione, segnalazione e protezione, disciplina del conflitto di interessi.

Numero misure specifiche da attuare entro il 2021	Aree di rischio all'interno delle quali sono state progettate misure di prevenzione specifiche
8	Acquisizione e gestione del personale
2	Affari legali e contenzioso
6	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico
5	Attività libero professionale e liste di attesa
6	Contratti pubblici
3	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
1	Incarichi e nomine
2	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
TOTALE: 33 MISURE	

g) Il monitoraggio del trattamento del rischio: esito delle misure da attuare nel 2019

Sono state sette le misure progettate nel corso del 2019 di cui 5 sono state sottoposte ad audit interno:

- 1) DS 13 : **Istallazione impianti di videosorveglianza**
- 2) S.S.D. Tutela Salute in Ambito Penitenziario: **Verifica sul campo per visionare i registri delle prestazioni, l'elenco delle visite dichiarate urgenti (non soggette a controllo) e il rispetto delle linee guida**
- 3) S.C. Laboratorio Analisi: **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).**

- 4) S.C. Laboratorio Analisi: **Monitoraggio periodico più frequente a cadenza trimestrale dei consumi.**
- 5) S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico e S.C. Riqualificazione Edilizi: **Predisposizione di un regolamento sull'affidamento di lavori di importo inferiore a 10.000,00 euro**
- 6) S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture : **Nomina di una commissione preposta all'elaborazione del Capitolato di gara**
- 7) S.C. Economato: **Collegamento informatico diretto tra orario di servizio del dipendente e conteggio dei diritti all' uso del buono pasto**

Di queste misure solo la n. 2 è stata attuata. Le altre misure non sono state attuate. Tre sono le cause principali ravvisate: la primo riguarda un difetto nella fase della loro programmazione; malgrado siano state formalmente progettate le fasi individuate si sono dimostrate imprecise e non aderenti alla situazione reale frutto principalmente di una certa superficialità nell'analisi (misure n. 3, 4,7). In altre, la ragione della mancata attuazione, sembra dovuta ad assenza di collaborazione o sensibilità nei confronti della prevenzione della corruzione e della trasparenza (misure n. 1,5). La misura n. 6, in considerazione delle problematiche relative all'emergenza Covid 19 che hanno interessato in maniera significativo la S.C. Programmazione, è stata sostituita da altre misure più idonee a contrastare il rischio.

Gli esiti del monitoraggio sono riportati anche nella relazione annuale del RPCT per l'anno 2020, di cui all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012, a cui si rinvia.

h) Auditing 2020

Nell'allegato 1 sono elencati gli audit svolti nel corso del 2020. Nell'allegato 3 sono stati pubblicati i processi tracciati sulla base dell'audit e le proposte di misure di prevenzione che verranno verificate durante l'anno in corso e delle quali si darà conto nel prossimo aggiornamento del P.T.C.P.T.

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" e costituisce livello essenziale delle prestazioni" (art. 117, c. 2, lett. m della Costituzione),

Già partire dal D.Lgs. n. 150/2009 (e confermato dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.), 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.

Allo scopo di rendere la trasparenza non un adempimento formale ma uno strumento di miglioramento organizzativo, di conoscenza e di sostegno ai cittadini risulta fondamentale assicurare che le informazioni riportate su "Amministrazione Trasparente" si attengano ai principi elencati nell'art. 6 del D.Lgs. n. 33/2013 e, in particolare garantire: un costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità dei dati pubblicati.

La presente sezione del Piano dedicata alla Trasparenza comprende, come elementi essenziali:

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

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

L'altro contenuto essenziale della sezione relativa alla trasparenza è costituito da uno schema che individua i vari uffici e i relativi Responsabili a cui compete l'identificazione, l'elaborazione, la trasmissione dei documenti ex D.Lgs. n. 33/2013, che sono pubblicati sulla pagina di "Amministrazione Trasparente, all'interno del sito internet istituzionale. Nell'allegato n. 4 (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 dall'approvazione dell'Atto Aziendale e delle disposizioni relativi ai dati da pubblicare ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs n. 33/2013..

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, trasmis-

sione 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 (e per conoscenza al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza all'indirizzo prev.corr@asl3.liguria.it), affinché sia pubblicata sul sito aziendale nella sezione di "Amministrazione Trasparente";
 - nell'invio a redazione.sito@asl3.liguria.it i dirigenti responsabili di struttura devono:
 - specificare in quale delle sezioni previste dall'allegato del D.Lgs. n. 33, siano da ricomprendere i dati e gli atti, di propria pertinenza, destinati alla pubblicazione;
 - riportare nell'oggetto della mail la dicitura "Amministrazione Trasparente", specificando se si tratta di aggiornamento o di nuovo inserimento e indicando il nome della sotto –sezione in cui inserire/aggiornare la documentazione;

- trasmettere, ai fini della loro pubblicazione sul portale istituzionale dell’Azienda, dati aperti, aggiornati, integri, completi, tempestivi, di semplice consultazione, comprensibili, omogenei, facilmente accessibili, nonché conformi ai documenti originali in possesso dell’amministrazione. Tali caratteristiche sono indicate negli artt. 6 e 7 del D.Lgs. n. 33/2013;
- trasmettere i file per la pubblicazione nel formato definitivo, di dimensioni più leggere possibili, in modo da rendere il download esterno più veloce;
- verificare che la pubblicazione dei dati sia effettivamente avvenuta; in caso contrario contattare via mail la redazione del sito per appurare il problema;
- trasmettere esclusivamente per mail, senza nota di accompagnamento senza trasmettere la documentazione in formato cartaceo, via fax o altra modalità che non sia quella informatica;
- inviare la documentazione obbligatoria al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza solo per conoscenza;
- comunicare al proprio Referente Aziendale di riferimento le attività svolte per ottemperare alla normativa ex D.Lgs. n. 33/2013, il numero di dati pubblicati ed aggiornati.

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

- predisporre adeguate misure organizzative in modo da 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). Tra l’altro a decorrere dal 1 gennaio 2020 le sanzioni per i dirigenti a seguito di inadempimenti relativi agli obblighi di trasparenza sono stati ulteriormente inaspriti con l’ *art. 1, comma 163, lett. b), n. 2), della L, n. 160/2019.*

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) Collegamento tra performance, trasparenza e P.T.P.C.T. nel 2021

A seguito dell'emergenza pandemica quest'anno il percorso di budget seguirà una procedura diversa dagli anni precedenti come indicato nel piano della Performance 2021 approvato con Del. n. 56 del 01/02/2021. Il collegamento tra il Piano della Performance e il P.T.P.C.T. è comunque assicurato dalla presenza di diverse misure di prevenzione strutturate secondo elementi simili a quelle delle schede della performance: fasi, indicatori, risultati attesi, responsabile dell'attuazione della misura. In questo modo le misure di prevenzione diventano precisi obiettivi sebbene non inseriti nel Piano della Performance ma nel P.T.P.C.T. Tali schede di progettazione saranno prese come punto di riferimento per verificare il livello di performance organizzativa connessa alla prevenzione della corruzione per il 2021. Analogamente tutte quelle Strutture che non hanno ancora programmato delle misure specifiche saranno valutate in base al numero e alle nuove misure che struttureranno secondo i criteri sopra descritti, previa analisi approfondita dei processi e dei rischi ad essi connessi.

Il rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T., di cui la parte relativa alla gestione del rischio costituisce aspetto necessario ed essenziale, sarà pertanto valutato, a seconda del-

lo stato di avanzamento nell'analisi dei processi e delle loro criticità, mediante l'attuazione o la progettazione delle varie fasi di cui si compongono sia le misure di prevenzione specifiche sia quelle generali (descritte nella parte Quarta del presente Piano). La presenza massiccia di misure di "trasparenza", come si evince dall'allegato n. 3, consente di potere affermare che anche in questo periodo di emergenza il collegamento tra performance e trasparenza sarà senz'altro garantito così come potrà essere valutato il livello di trasparenza raggiunto dai processi aziendali.

Nell'ambito della performance individuale le schede di valutazione continueranno a prevedere specifici "item" dedicati alle attività dell'anticorruzione, la cui presenza e contenuto sarà oggetto di condivisione all'interno degli incontri per la verifica degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento (vedi parte Quinta e relativi allegati)

Il controllo sul raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati per il 2020 verrà eseguito secondo le consuete procedure e rendicontato all'interno della Relazione della Performance entro il 31 giugno 2021.

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

La Giornata della Trasparenza

La Giornata della Trasparenza si terrà sotto forma di intervista videoregistrata nel corso del mese di marzo 2021. L'oggetto dell'intervento verterà sulla gestione del rischio del 2020 ponendo l'accento sui processi aziendali maggiormente condizionati dal Covid – 19 e sulle conseguenti misure di prevenzioni progettate per far fronte ai rischi

Il rapporto coi portatori di interesse dell'Azienda è proseguito attraverso il coinvolgimento del presidente del CMC agli audit interni (liste di attesa disabili, consulenti assunti per l'emergenza Covid – 19, intramoenia) e un incontro in videoconferenza con tutti i membri del C;C

f) *Principali attività di verifica svolte nel corso del 2020*

Le principali attività di controllo dei dati ex D.Lgs. n. 33/2013 hanno riguardato la sezione relativa ai “concorsi” e alla sezione “bandi di gara e contratti”.

E’ stata inoltre alimentata la sezione relativa agli “interventi di emergenza” di cui all’art. 42 nella quale sono stati pubblicati gli atti in deroga alla normativa ordinaria e i report delle donazioni ricevute destinati all’emergenza Covid – 19-

I controlli hanno interessato anche i seguenti articoli del D.Lgs. n. 33/2013 (che disciplinano le sotto - sezioni sottoposte a attestazione da parte dell’OIV in base alla Del. ANAC n. 1310/2016 e n. 213/2020): **15,19,26,27,32, 35, 40 e 41.**

g) *Misure generali di trasparenza*

Misura generale Trasparenza - 2 misura individuate per l’introduzione del registro informatico degli accessi (civico e atti)			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Entro la fine del 2021	Modifiche al protocollo informatico in uso per la gestione delle procedure di accesso attraverso l’adozione degli schemi di metadati predisposti dal DFP (.xml per la realizzazione del fascicolo informatico e .xsd per la pubblicazione del registro degli accessi)	Adozione degli schemi del DFP (.xml e .xsd)	Gruppo di Lavoro Regionale Anticorruzione, tecnici informatici e il Responsabile per la Transizione Digitale (RTD)
Entro la fine del 2021	Elaborare uno specifico regolamento	Predisposizione di una bozza di regolamento per l’utilizzo e le funzionalità del registro degli accessi informatizzati	Gruppo di Lavoro Regionale Anticorruzione

Parte Quarta - Le misure “generali”

Sintesi delle misure progettate nel corso del 2020 per l’anno 2021:

Numero misure generali da attuare entro il 2021	Misure generali
1	misure di disciplina del conflitto di interesse: obblighi di comunicazione e di astensione
2	verifica Inconferibilità degli incarichi di DG, DS, DSS e DA
1 (in alternativa la “segregazione delle funzioni”)	Rotazione del personale
2	attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro
1	Sentinella civica
1	Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.
4	Attività di formazione
1	Codici di comportamento
1	Attività extraistituzionale
1 (vedi paragrafo trasparenza)	Trasparenza (accesso civico)
1	Antiriciclaggio

a) *Formazione in tema di anticorruzione*

Misura generale: formazione – Individuate 4 misure generali			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuata nel 2020 e ri-proposta per il 2021	1) Assistenza ai gruppi di lavoro per la realizzazione del processo della gestione del rischio	Numero incontri in video conferenza o telefoniche effettuate	Dirigenti e dipendenti del comparto degli uffici amministrativi e tecnici rientranti nelle aree di rischio
Attuata	2) Predisposizione e attivazione corso di formazione FAD denominato: “la gestione del rischio di corruzione” I edizione (per fornire supporto nelle attività di analisi)	1) Numero di slide realizzate; n. di dipendenti iscritti	La partecipazione del corso è obbligatoria a tutti i componenti dei gruppi di lavoro anticorruzione
Da attuare (entro il 30 giugno 2021)	3) Attivazione secondo edizione del corso FAD: “La gestione del rischio”	Numero di domande compilate per i test	Aggiornamento curato dal Gruppo Regionale anticorruzione; numero di partecipanti al corso (tutti coloro che pur tenuti non hanno svolto il corso o non hanno superato i test)

b) Codici di Comportamento

Misura generale Codice di Comportamento: individuata 1 misura - Aggiornamento nuovo Codice di Comportamento interno come previsto dagli obiettivi strategici 2021 (il Codice attualmente in vigore è stato adottato con Del n. 305 del 28/06/2018)			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Entro 30 novembre predisposizione della bozza e entro il 31/12/2021 adozione del documento	Aggiornamento del Codice di Comportamento interno sulla base della specificità aziendale, della semplificazione e della normativa "anticovid".	Numero di articoli modificati	RPCT e S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

c) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Misura generale: individuata 1 misura di disciplina del conflitto di interesse: Semplificazione della modulistica in essere			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Prevista entro il 2020 da un obiettivo strategico ma sospesa a causa del Covid	Estensione a tutte le strutture sanitarie non ancora coinvolte	Numero di moduli compilati	Dirigenti degli uffici sanitari
Da attuare entro il 2021	Elaborazioni linee guida (o regolamento) sull'applicazione dei conflitti di interesse	Bozza condivisa con il gruppo	Gruppo di Lavoro Regionale

d) Incarichi extra-istituzionali

Misura generale: individuata 1 misura. Predisposizione di una tabella sui dati di sintesi dell'attività			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Entro il 31/12/2021 (prevista già nel 2020 ma sospesa per emergenza Covid – 19)	Compilazione di una tabella relativa ai dati di cui all'art. 53 sui dati relativi agli incarichi extraistituzionali	il numero di richieste autorizzate e non, distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti e numero di segnalazioni e numero di segnalazioni di incarichi autorizzati	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

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

Misura generale. 2 misure individuate: verifica Inconferibilità incarichi dirigenziali (oltre a quelli della dirigenza strategica) sulla base di apposite linee guida			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuata nel 2020	Verifica delle dichiarazioni ex D.Lgs. n. 33/2013	Numero di moduli pubblicati annualmente	Direzione Strategica
Da attuare entro il 30/06/2021	Condivisione al Gruppo di Lavoro Regionale di una relazione sulle modalità per poter attuare in concreto le verifiche delle dichiarazioni	N soggetti dirigenziali soggetti al controllo Numero modalità per acquisizione dei dati per la verifica	RPCT e Gruppo Regionale Anticorruzione
Da attuare entro il 2021	Verifica inconferibilità/incompatibilità di tutti i dirigenti amministrativi, tecnici e professionali assunti nel corso dell'anno	Numero di dirigenti sottoposti a verifica	RPCT e S.C. Gestione e Sviluppo del Personale

f) La rotazione del personale

Misura generale: rotazione del personale. Individuate la seguente misura di prevenzione: individuazione di un ambito favorevole in cui applicare la rotazione o, in alternativa, in cui applicare la “segregazione delle funzioni”			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Entro il 2021	Individuare un altro ambito in cui sia possibile attuare la rotazione del personale (oltre a quello prevista come misura specifica per le commissioni dei concorsi)	Numero di ambiti individuati idonei alla rotazione o per l’applicazione della segregazione delle funzioni”	RPCT
Entro il 2021	Individuare almeno un ambito in cui utilizzare il criterio della c.d. “Segregazione delle funzioni”, che consiste nell’affidamento delle varie fasi di procedimento appartenente a un’area a rischio a più persone, avendo cura di assegnare la responsabilità del procedimento ad un soggetto diverso dal Dirigente cui compete l’adozione del provvedimento finale.	Numero di soggetti a cui vengono attribuiti compiti relativi a: I)svolgimento d’istruttorie e accertamenti;II) adozione di decisioni; III) attuazione delle decisioni prese; IV) effettuazione delle verifiche.	RPCT
Dopo il 2021 a seconda dell’evolversi della pandemia	Dare attuazione alla nuova misura della rotazione o della segregazione delle funzioni”	Numero di processi sottoposte alla misura	RPCT

g) Revolving doors o pantouflage

Misura generale: attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro. Individuata 1 misura sulla verifica delle dichiarazione rede			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuato nel 2020	Predisposizione di un modello per le dichiarazioni relative al pantouflage (c 16 ter art. 53 D.Lgs. n. 165/2001) da sottoscrivere all'atto della sua cessazione	Pubblicazione modulo e sua pubblicazione sulla intranet aziendale	RPCT
Attuato nel 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 pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma	Modulo compilato	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
Attuato nel 2020	Acquisizione delle dichiarazioni di pantouflage rese dal personale cessato dal servizio nel corso dell'anno	N dichiarazioni acquisite	Dirigente S: Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
Entro il 2021	Verifica sul rispetto della normativa richiedendo alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane i moduli ricevuti dai dirigenti cessati	Numero di moduli ricevuti	RPCT e S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

h) Whistleblower (Sentinella Civica)

Misura generale: Applicazione informatica per gestione domande whistleblowing			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
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
Attuato	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 entro il 2021	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.

Misura generale: 1 misura : verifica moduli su 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	Predisposizione appositi moduli da far sottoscrivere ai componenti commissioni di gara, dirigenti e funzionari preposti alla gestione di risorse finanziarie ecc.. e da parte dei componenti di commissioni	numero due moduli predisposti	Gruppo regionale anti-corruzione
Da attuare: 2021	Richiesta moduli conflitto di interessi di gare/concorsi accertandosi della pubblicazione delle dichiarazioni	numero moduli verificate e pubblicate	Strutture coinvolte

j) Antiriciclaggio

Misura generale - 1 misura : applicazione operativa del regolamento aziendale sull'antiriciclaggio			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Entro il 30 giugno 2021	Frequentazione del corso: "L'antiriciclaggio: strumenti e opportunità" webinar a cura dell'Associazione Italiana Integrità della Salute	Frequentazione in remoto del corso	Gestore e Responsabili
Entro il 2021	Sulla base dei contenuti del corso (e di altri simili) promuovere almeno un incontro con i "Responsabili delle segnalazioni" per definire le procedure di analisi e di valutazione dell'esposizione dei rischi di riciclaggio e di auto-riciclaggio in relazione alla propria attività istituzionale	numero di incontri effettuali e verbali sottoscritti dai partecipanti	Gestore e Responsabili

Parte Quinta - Il monitoraggio

Nell'anno 2020, oltre al monitoraggio sulla gestione del rischio condotto con audit interni (vedi parte seconda lett. h) 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

Anche quest'anno si è svolto attraverso apposte riunioni di Dipartimento, svolte in remoto a causa del Covid, 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. Si rinvia pertanto allegato n. 5 del PTPCT composto da tutti i questionari compilati e dalla relazione recante i risultati svolti dal RPCT che dà conto delle criticità ravvisate nel corso dell'anno.

b) Controlli sui procedimenti disciplinari

Anche nel 2020 si sono svolti periodici incontri con l'UPD per analizzare le segnalazioni delle condotte illecite e sanzionate con particolare riguardo alla violazione dei Codici di comportamento.

A seguito di questi incontri l'UPD ha predisposto una scheda di sintesi annuale (allegato n. 6 al RPCT) nella quale sono presenti in forma anonima i dati riguardanti i procedimenti disciplinari, le aree e le strutture in cui si sono verificate le 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.

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". La norma è stata ancor più rafforzata dall'introduzione, del c. 4-bis alla L. n. 241/90 che ha previsto che le P.A. misurino e rendano pubblici i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le Imprese, comparandoli con i termini previsti dalla normativa vigente, e dalle disposizioni previste dal DL n. 76/2020, che modifica i tempi di conclusione di alcuni procedimenti di acquisizione di lavori, beni e servizi per favorire la ripresa economica a seguito del Covid. Di conseguenza il P.T.P.C.T ha introdotto delle misure di prevenzione specifiche (inserite negli allegati n. 2 e 3) per adeguarsi alle recenti modifiche normative intervenute.

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) che sta proseguendo tuttora. Anche 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. Nella relazione recante i risultati dell'attività svolta del RPCT sono state evidenziate le criticità più rilevanti registrate in questi mesi.