



PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2015 - 2017

(COMPENSIVO DEL PROGRAMMA
TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E
L'INTEGRITA')





SOMMARIO

P.T.P.C. E P.T.T.I.:

Sommario

SEZIONE I:	1
PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	1
2015 - 2017	1
1) INTRODUZIONE:.....	2
2) Metodologia impiegata	4
3) Processo di adozione e soggetti coinvolti	5
4) La gestione del rischio	11
5) Formazione in tema di anticorruzione	29
6) Codici di comportamento.....	35
7) Altre iniziative attuate o da attuare nel corso del triennio	38
a) Indicazione dei criteri di rotazione del personale.	38
b) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse.....	39
c) Incarichi extra-istituzionali.	41
d) Inconferibilità – incompatibilità ex D.lgs. n. 39/2013.....	42
e) Revolving doors o pantouflage	44
f) Whistleblower (Sentinella Civica).....	46
f) Realizzazione di un sistema di monitoraggio dei procedimenti e del rispetto dei termini previsti dalla legge o dal regolamento per la conclusione dei procedimenti.	51
g) Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione. Controlli sui procedimenti penali....	54
h) Controlli sui procedimenti disciplinari.....	55
8) Obiettivi programmatici previsti nel corso del 2014 - 2016: rendiconto degli obiettivi raggiunti.....	56
9) Ulteriori obiettivi previsti nel corso del 2015 – 2017	59

10	Monitoraggio sull'attuazione del P.T.P.C. Individuazione dei Referenti, dei tempi e delle modalità di informativa.	63
a)	Individuazione dei referenti:	63
b)	Monitoraggio sull'attuazione del P.T.P.C. 2015 – 2017:	64
SEZIONE II:		I
PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'		I
2015 - 2017		I
1)	Organizzazione e funzioni dell'amministrazione	II
2)	Procedimento di elaborazione e adozione del Programma	II
3)	Iniziative di comunicazione: La giornata della Trasparenza	VII
4)	Informatizzazione del flusso della pubblicazione dei dati	VIII
5)	Processo di attuazione del Programma. Individuazione dei responsabili alla trasmissione, alla pubblicazione dei dati	IX
6)	Misure organizzative	XII
7)	Misure di monitoraggio e vigilanza	XIV
8)	Accesso Civico	XVI
9)	Nucleo di Valutazione (art. 44 D.lgs. n. 33/2013)	XVII
10)	Principale attività svolta nel corso del 2014:	XVIII
10)	Obiettivi di trasparenza 2015 – 2017	XXI
11)	Attività di verifica	XXII

Sommario Tabelle

- Tabella n. 1: Soggetti coinvolti, pag. 10
- Tabella n. 2: matrice dei valori, pag. 27
- Tabella n. 3: Tabella pivot sul numero di misure applicate suddivise per le strutture aziendali, pag. 29
- Tabella n. 4: Tabella n. 4: elenco dei corsi formativi sulla lotta alla corruzione realizzati nel corso del 2013, pag. 30
 - Tabella n. 5: numero operatori coinvolti nel corso FAD, pag. 31
 - Tabella n. 6: obiettivi realizzati 2014, pagg. 56-57
 - Tabella n. 7: obiettivi non realizzati nel 2014: pag. 58
 - Tabella n. 8 obiettivi previsti per il 2015 – 2017, pagg. 59 – 60
 - Tabella n. 9: Diagramma di Gantt sugli obiettivi 2015 – 2017, pag. 62
 - Tabella n. 10: Individuazione dei Referenti, pag. 63
 - Tabella n. 11: Obiettivi relativi alla trasparenza del 2014, pag. V
 - Tabella n. 12: Processo di pubblicazione e soggetti coinvolti, pag. XIII
 - Tabella n. 13: Scheda dei dati obbligatori sui processi amministrativi, pag. XV

Allegati

- Allegato n. 1 “Registro e valutazione dei rischi” (alti e medi)
- Allegato n. 2 “Trattamento del rischio” (dei procedimenti ad alto e medio rischio)

SEZIONE I:
PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE
2015 - 2017

1) INTRODUZIONE:

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) è stato elaborato, aggiornato ed approvato ai sensi della L. n. 190 del 2012, e dell'Intesa del luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1 commi 60 e 61 [...], le quali, hanno disposto l'obbligo per tutte le pubbliche amministrazioni, di dotarsi di un programma strategico, da aggiornare il 31 gennaio di ogni anno, che deve recepire le misure di prevenzione obbligatorie previste dalla norma e altre ulteriori misure di prevenzione, tagliate secondo le peculiarità di ogni singolo ente, configurandosi, pertanto, come uno strumento finalizzato non alla repressione, ma alla prevenzione della corruzione, all'interno dell'amministrazione.

Analogamente al periodo di competenza del PNA, in sede di prima applicazione, la prima adozione del P.T.P.C. formalizzata con Del .n. 47 del 31/01/2014 copriva l'arco di tempo compreso tra il 2013 ed il 2016.

Mentre il Piano 2013 – 2016 aveva messo in evidenza e analizzato le attività ed i processi maggiormente esposti al rischio di corruzione, individuando la natura ed i livelli dei rischi, in relazione alla probabilità e all'impatto di eventuali fatti corruttivi. Con l'aggiornamento del presente Piano, sono state indicate anche le misure organizzative atte a mitigare il rischio, individuando le priorità del trattamento.

Il P.T.P.C. è compartito in due sezioni: la prima è costituita dal piano anticorruzione tout court, la seconda dal Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità. Quest'ultimo "è delineato come strumento di programmazione autonomo rispetto al Piano di prevenzione della corruzione, pur se ad esso collegato" (Del n. 50/2012 dell'ex CIVIT).

Il P.T.P.C. di questa Azienda fa propri gli obiettivi strategici esplicitati dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):

- 1) Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- 2) Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- 3) Creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Il P.T.P.C. recepisce le indicazioni contenute nella Circ. n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), a pag. 4, riguardo alla nozione estensiva da assegnare al significato di corruzione intesa come "tutte le situazioni in cui si riscontri un abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati [...] e in cui – a prescindere della rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite". Ne consegue che le forme di malamministrazione e di malcostume rientrano nel concetto di corruzione intaccando il principio del "buon andamento dell'amministrazione" (art. 97 Cost.).

L'assetto normativo di riferimento risulta ancora in parziale evoluzione, definito solo di recente in maniera abbastanza compiuta e soggetto, nel corso del 2013, a diverse modifiche anche di carattere organizzativo, che, tra l'altro, hanno comportato il differimento di alcune scadenze originariamente previste. Inoltre, la complessità e l'innovatività della norma, che ha richiesto e sta richiedendo interventi interpretativi per l'applicazione di molti aspetti della stessa ed il carattere non omogeneo delle amministrazioni interessate dalle presenti disposizioni, determinano un rallentamento negli adempimenti di legge, di cui le figure istituzionali, che a livello nazionale, presiedono al coordinamento delle politiche di prevenzione della corruzione ed al corretto rispetto della norma, sembrano essere consapevoli. Già nel marzo 2013, infatti, il Comitato interministeriale inviata a considerare il piano non "come un'attività compiuta, con un termine di completamento finale, bensì come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione" (Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale). Non a caso lo stesso PNA sottolinea "l'esigenza di uno sviluppo graduale e progressivo del sistema di prevenzione, nella consapevolezza che il successo degli interventi dipende in larga misura dal consenso sulle politiche di prevenzione, dalla loro accettazione e dalla concreta promozione delle stesse da parte di tutti gli attori coinvolti" (PNA, pag. 6). Di conseguenza, il presente documento non si propone l'obiettivo di realizzare uno strumento già di per sé compiuto, perfetto ed imm modificabile, bensì di gettare le basi per la costruzione di un primo sistema di prevenzione interno, leggero e flessibile, che, nel corso del tempo, verrà affinato, modificato, migliorato, a seconda ed in relazione alle risposte provenienti dal suo interno e dai successivi ed eventuali cambiamenti operati a livello nazionale.

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

- a) D.lgs n. 39/2013: "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni [...]" e s.m.i;
- b) D.lgs. n. 33/2013: "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità [...]"
- c) Linee di indirizzo del Comitato interministeriale (istituito con d.p.c.m. 16/01/2013) per la predisposizione da parte del Dipartimento della funzione pubblica (DFP) del Piano Nazionale Anticorruzione;
- d) Piano Nazionale Anticorruzione e relativi allegati, predisposti dal DFP e approvati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC ex CIVIT) l'11/09/2013;
- e) DPR n. 62/2013: Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici;
- f) Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali per l'attuazione dell'art. 1 commi 60 e 61 della L. n. 190/2012;
- g) Circolare n. 1 del DFP: "legge n. 190 del 2012";

- h) Del. CIVIT n.105/2010 – 2/2012 e n. 50/2013:” Linee guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016” e relativi allegati;
- i) Del.CIVIT n. 71 e 74 del 2013 sulle attestazioni degli OIV;
- j) Del CIVIT Del. n. 23/2013 sulle funzioni degli OIV negli enti del SSN;
- k) Circolare n. 2/2013 della CIVIT (ora ANAC) – attuazione della trasparenza;
- l) D.lgs n. 150/2009;
- m) Dlgs. n. 165/2001 e s.m.i;
- n) L. 241/90 e smi;
- o) D.L. n. 90 del 24/06/2014 convertita con Legge n. 114 dell’ 11 agosto 2014.

2) Metodologia impiegata

La questione di carattere metodologico affrontata, ai fini dell’elaborazione del presente documento, ha riguardato prevalentemente la “mappatura del rischio” di cui si tratterà dettagliatamente al punto 4.

La prevenzione richiede un adeguato assetto gestionale ispirato ai cosiddetti modelli di “risk management” (gestione del rischio) che si collocano in un ampio contesto di promozione dell’integrità nella pubblica amministrazione. Un approccio di tipo preventivo che si fonda sul “risk management” permette l’identificazione delle debolezze strutturali che facilitano la corruzione e consente al personale di essere parte attiva nella identificazione dei fattori di rischio e dei rimedi per contrastare l’affermazione del fenomeno.

Il presente P.T.P.C ha adottato la metodologia proposta dall’all.to 1 del PNA. Essa è tratta dai Principi e linee guida UNI ISO31000:2010, che rappresentano l’adozione nazionale, in lingua italiana, della norma internazionale ISO 31000 (ed novembre 2009), elaborata dal Comitato tecnico internazionale ISO/TMB.

3) Processo di adozione e soggetti coinvolti

In linea con la norma anticorruzione, con le disposizioni del PNA e con l'Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali per l'attuazione dei cc. 60 e 61 della L. n. 190/2012, sancita il 24/07/2013, questo piano triennale (comprensivo del programma della trasparenza) è predisposto stato aggiornato dal Responsabile della prevenzione della corruzione ed adottato dai vertici Aziendali entro il 31 gennaio 2014 2015. Esso copre il triennio 2014 – 2016 e sarà aggiornato con cadenza annuale. Il presente aggiornamento del Piano copre il periodo 2015 – 2017; in esso verrà data contezza delle iniziative, delle misure attuate o programmate, degli obiettivi che si vuole raggiungere nel corso di detto triennio.

Esso sarà Come prevede la normativa sulla trasparenza il P.T.P.C. 2015 – 2017 è stato pubblicato nella relativa sottosezione del link "Amministrazione Trasparente".

a) Nomina del Responsabile anticorruzione

Il primo passo che questa Azienda ha dovuto intraprendere, allo scopo di dare concreta attuazione agli obblighi imposti dalla L. 190/2012 ha riguardato la designazione del responsabile della prevenzione, quale soggetto di coordinamento e propulsione di tutte le misure di contrasto alla corruzione amministrativa.

Con Del. n. 260 dell'08/05/2013 è stata designata come responsabile della prevenzione della corruzione e responsabile della trasparenza (RPC) la Dott.ssa Cristina Cenderello, dirigente amministrativo a tempo indeterminato. Ad essa è stata assegnato, tra l'altro il compito di predisporre il piano anticorruzione e tutte le restanti incombenze previste dalla nuova normativa. Si riporta di seguito l'art. 8 del Codice di comportamento Aziendale che descrive ulteriori competenze in capo al responsabile di questa Azienda:

- *può, in qualsiasi momento, richiedere alle Strutture Aziendali informazioni e dati relativi a determinati settori di attività;*
- *può richiedere ai dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento laddove queste non traspaiano in modo chiaro dal provvedimento stesso;*
- *può, in ogni momento, verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare – anche solo potenzialmente – atteggiamenti corruttivi o comunque non conformi ai principi di legalità e trasparenza.*

b) Nomina e ruolo dei Referenti

Il presente documento recepisce le indicazioni della Circ. n. 1 del DFP sull'opportunità di nominare dei Referenti per la Prevenzione a sostegno dell'attività del Responsabile. Il ruolo dei referenti, così come precisato nel PNA, si caratterizza nel fatto di porsi come "intermediari" tra il RPC ed i dirigenti. I Referenti informano il Responsabile sull'organizzazione e sull'attività

dell'amministrazione, "monitorando sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento" (All.to 1 del PNA pag. 7).

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

Sull'indicazione dei referenti Aziendali si rinvia all'art. 9 lett. i) del presente piano.

Di seguito si elencano le principali attività in capo ai Referenti:

- coordinano le attività ed i compiti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione dei dirigenti subordinati, fornendo al Responsabile della Prevenzione tutte le informazioni ed i dati delle strutture inserite nel Dipartimento da loro diretto, necessarie per la concreta applicazione delle misure anticorruzione;
- relazionano il Responsabile con cadenza annuale sull'attività dell'amministrazione, monitorando l'attività svolta dai Dirigenti assegnati agli uffici di riferimento;
- relazionano il RPC monitorando l'attività svolta dai propri dirigenti con riferimento alla conoscenza dei codici di comportamento come precisato nell'art. 15 del Codice di Comportamento aziendale approvato con Del. n. 713 del 14/11/2014;
- trasmettono al RPC, per il tramite dei dirigenti di struttura a loro sotto-ordinati, le schede relative alla valutazione del rischio corruzione e quelle relative al trattamento, con cui vengono avanzate proposte sulle misure di prevenzione necessarie per fronteggiare i rischi;
- provvedono al costante monitoraggio dei tempi dei procedimenti.

c) Ruolo dei dirigenti

Al fine di garantire al Responsabile, per il funzionamento del meccanismo di prevenzione, la necessaria collaborazione, a tutti i livelli dell'Amministrazione, a partire da giugno del 2013, sono state trasmesse diverse comunicazioni ai responsabili di struttura semplice e complessa, affinché fossero pienamente consapevoli da un lato, del ruolo assegnato al responsabile della prevenzione, quale soggetto di coordinamento e di impulso nell'attività di prevenzione e, dall'altro, dal ruolo della ~~la~~ dirigenza chiamata dalla legge ad un compito di collaborazione fattiva, di ricognizione dei procedimenti di propria competenza, di controllo, di monitoraggio, di individuazione delle misure ulteriori per contrastare efficacemente il rischio. A questo riguardo il piano recepisce gli artt. Commi 1-bis), 1-ter) e 1-quater) del D.lgs. n. 165/2001, secondo cui i dirigenti:

1-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;

1-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;

l-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Oltre a quanto riportato sopra i dirigenti hanno l'obbligo di:

- Garantire un adeguato sostegno ai Referenti riguardo a tutti i compiti loro assegnati, sulla trasparenza amministrativa e sulla prevenzione della corruzione, come indicato alla lett. b);
- promuovere e accertare la conoscenza dei codici di comportamento, sia generale sia interno, al proprio personale;
- trasmettere copia dei suddetti codici ai soggetti terzi che svolgono attività afferenti alle proprie competenze
- ottemperare agli obblighi di cui agli artt. 4,5,6,7 e 13 del Codici summenzionati;
- gestire le segnalazioni di illecito (whistleblower) come previsto nel cap. 7 lett. g del presente piano;

Per gli specifici adempimenti in carico al Direttore del S.C. Servizio Amministrazione del Personale si rinvia alla lett. c. 2 art. 8 del Codice di Comportamento aziendale.

d) Ruolo del Nucleo di Valutazione

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

Per questa ragione, è stato individuato nel Nucleo di Valutazione Aziendale (N.D.V.), il soggetto che ricoprirà le funzioni proprie dell'OIV. L'attuale Nucleo di Valutazione è stato nominato con Del. n. 412 del 19/06/2014.

Il N.D.V.:

- riceve le segnalazioni del RPC relative ai casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e quelli indicati nel Piano della Performance;

- svolge attività di vigilanza dei Codici assicurando il coordinamento tra il contenuto dei codici ed il sistema di misurazione e valutazione della Performance;
- fornisce supporto nell'individuazione e nella valutazione delle misure ulteriori durante la fase trattamento nell'ambito della gestione del rischio;
- esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento interno;
- attesta la coerenza delle pubblicazione dei dati obbligatori ex D.lgs. n. 33/2013 .

Nel corso del 2013 quest'organo ha:

- attestato la veridicità e l'attendibilità dei dati pubblicati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" rispetto al D.lgs. n. 33, secondo le indicazioni fornite dalla Del ANAC n. 77/2013;
- ha espresso parere favorevole in merito al Codice di Comportamento Aziendale approvato con Del. n. 48 del 31/01/2014 ;

Il 10/11/2014 ha espresso parere favorevole all'aggiornamento del Codice di Comportamento approvato con Del. n. 713 del 14/11/2014 e procederà a valutare la qualità e coerenza dei dati relativi alla sezione "Amministrazione Trasparente" secondo le indicazioni fornite dalla Del. A.N.A.C. n. 148/2014 con quanto stabilito dal D.lgs. n. 33/2013.

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

Questa Azienda già da tempo ha provveduto alla creazione di questo ufficio deputato allo svolgimento dei procedimenti disciplinari (art. 55 bis D.lgs n. 165/2001) e alle comunicazione obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 331 c.p.p.).

Alla luce delle nuove disposizioni intervenute con la L. n. 190/2012 e s.m.i e ribadite dal PNA, si evidenzia che l'U.P.D. Aziendale:

- propone, di concerto con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, l'aggiornamento del Codice di Comportamento, partecipando attivamente al suo aggiornamento;
- tiene la raccolta delle segnalazioni delle condotte illecite e sanzionate con particolare riguardo alle violazioni dei Codici, predisponendo con cadenza periodica e, comunque, entro il 30 novembre di ogni anno delle schede annuali nelle quali siano diffusi in forma anonima, i seguenti dati:

- tutte le segnalazioni pervenute e tutti i procedimenti disciplinari che hanno avuto luogo in Azienda, che prefigurano responsabilità disciplinari o penali, specificando il numero di quelli legati ad eventi corruttivi,
 - i procedimenti disciplinari legati a fatti di corruzione indicare le norme del c.p. violato,
 - indica le aree, le strutture in cui si sono verificate le suddette violazioni e le sanzioni irrogate;
- opera in raccordo con la S.C. Servizio Amministrazione del personale, competente al rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, previa istruttoria condotta dal Servizio Ispettivo;
 - fornisce, in raccordo con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, assistenza e consulenza ai dipendenti in materia di corretta attuazione e applicazione delle norme del Codice di Comportamento.

f) Tutti i dipendenti

I dipendenti sono chiamati ad osservare con scrupolo le disposizioni presenti su questo P.T.C.P (comprese quelle concernenti la trasparenza) così come richiesto dalla L. n. 190 art. c. 14, in particolare:

- partecipano al processo della gestione del rischio, con compiti e mansioni assegnate dal proprio responsabile;
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- 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 dall'art. 4, 5, 6 e 7 del Codice di Comportamento ex DPR. N62/2013 e del Codice di Comportamento interno;
- coloro che svolgono attività rientranti, tra quelle a rischio corruzione, relazionano il proprio Dirigente in merito al rispetto dei tempi procedurali ed 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.

g) L'URP

L'Ufficio di Relazioni con il Pubblico assumerà sempre più nel futuro un ruolo fondamentale nei rapporti con la cittadinanza anche in riferimento alle politiche di prevenzione alla corruzione. Si rinvia alla pag. 84 della Carta dei Servizi Aziendale per un dettaglio delle competenze attuali

h) I collaboratori/consulenti esterni

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



Tabella n. 1: Soggetti coinvolti (tratta dall'all.to n. 1 del PNA.)

4) La gestione del rischio

La norma definisce il piano triennale come lo strumento atto a fornire “una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio” c. 5 lett a) art. 1 L. n. 190/2012. La lett. a c. 9) del medesimo articolo precisa, inoltre, che il piano risponde, tra l’altro, all’esigenza di “individuare le attività, tra le quali quelle di cui al c. 16, nell’ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti”.

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

Nel corso degli ultimi mesi del 2013 sono state predisposte le misure necessarie affinché il metodo proposto nel Piano Nazionale venisse adattato alla realtà di questa Azienda e mettendo in evidenza alcuni criteri da impiegare per rendere il lavoro meno complesso e, per quanto possibile, più immediato. L’attività di analisi è proseguita per tutto il 2014 consentendo di portare a termine le prime due fasi della gestione del rischio: la “mappatura dei processi” e la “valutazione del rischio”. Alla fine del 2014 è stata affrontata l’ultima fase relativa al “trattamento del rischio”

La mappatura dei processi

E’ stato ricordato a tutti i dirigenti la necessità di mappare i procedimenti, mappatura già richiesta in precedenza per assolvere alle disposizioni sulla trasparenza ex D.lgs n.33/2013. In realtà il metodo proposto dal PNA richiederebbe di individuare i processi delle singole aree di rischio. Tuttavia, prendendo atto delle conclusioni a cui si è giunti nel corso di un incontro con la direzione ed i responsabili dei dipartimenti amministrativi, avuto luogo il 16/10/2013, è stato chiesto, in prima applicazione della nuova metodologia gestionale, di considerare i processi, i procedimenti e le aree di rischio, come coincidenti fra loro. Una volta censiti i procedimenti si è provveduto a chiarire le operazioni da adottare nelle fasi successive della gestione: l’identificazione e l’analisi del rischio: l’identificazione e l’analisi del rischio. Nel corso del II semestre 2013 sono state fornite precise indicazioni operative per agevolare questa ricognizione, mediante una nota formale.

In un primo momento, questa comunicazione, sentita la direzione amministrativa, è stata diffusa ad un numero limitato di strutture Aziendali, che senz’altro rientravano nelle aree prese in considerazione dal c. 16 art. 1 della L. 190/2013 come quelle giudicate più sensibili al rischio di corruzione: autorizzazione e concessione, scelta del contraente per l’affidamento di lavori, servizi e forniture e servizi, concessione ed erogazioni di sovvenzioni, concorsi e prove selettive. Tuttavia dopo un nuovo incontro con la dirigenza amministrativa è stato concordato di coinvolgere altri

uffici dell'Azienda, i quali, quantunque non afferenti alle aree di rischio individuate in via generale dalla legge 190, presentano, per lo meno nel settore sanitario, un rischio di corruzione potenzialmente alto. Di conseguenza il 21/11/2013 la nota in oggetto è stata trasmessa al Dipartimento delle Attività Farmaceutiche, di Prevenzione, al Presidio Unico Ospedaliero, alle S.S.CC. Medicina Legale, Cure Primarie e al Nucleo di Controllo Aziendale. Il risultato del lavoro di tutti ha reso possibile l'individuazione e la relativa descrizione dei rischi afferenti ai procedimenti precedentemente sottoposti a mappatura dell'Azienda.

Secondo le disposizioni del piano nazionale è stato pertanto predisposto un registro dei rischi suddivisi per dipartimenti, S.C e distretti sanitari. Di seguito si riportano i procedimenti ad alto e medio rischio:

1) Dipartimento Amministrativo:

<u>PROCEDIMENTO</u>	<u>AREA DI RISCHIO</u>	<u>DESCRIZIONE RISCHI</u>
10) Procedura Selettiva Per Il Conferimento Di Incarichi Di Responsabile Di Struttura Complessa - Ruolo Sanitario	A) Acquisizione e progressione del personale - 1. Reclutamento	Inosservanza delle precise regole procedurali predefinite a garanzia dell'imparzialità della selezione, allo scopo di reclutare candidati particolari
11) Concorso Pubblico per Titoli Ed Esami Per Assunzione A Tempo Indeterminato Personale Dirigenza/Comparto	A) Acquisizione e progressione del personale - 1. Reclutamento	Inosservanza delle precise regole procedurali predefinite a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, allo scopo di reclutare candidati particolari
15) Corso Di Formazione Per Medici Da Adibire Ai Servizi Di Emergenza Sanitaria Territoriale (118)	C) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari provi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario 1. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari

26) Conferimenti Incarichi Di Coordinamento	A) Area: acquisizione e progressione del personale - 1. Reclutamento	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti di ammissione allo scopo di reclutare candidati particolari
27) Procedura Selettiva Interna Per Il Conferimento Di Posizioni Organizzative	A) Area: acquisizione e progressione del personale - 1. Reclutamento	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti di ammissione allo scopo di reclutare candidati particolari
35) Procedura Selettiva Per Assunzione A Tempo Determinato E Indeterminato Di Personale Fino Alla Categoria B	A) Area: Acquisizione e progressione del personale - 1. Reclutamento	previsioni di requisiti "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari
36) Conferimento Incarichi Di Collaborazione Esterna	A) Area: acquisizione e progressione del personale - 3. Conferimento di incarichi di collaborazione	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione all'incarico di collaborazione esterna da affidare allo scopo di individuare candidati particolari.
37) Procedimenti Disciplinari Nei Confronti Del Personale Dipendente	AREA ULTERIORE (NON PREVISTA DAL PNA)	1)Inosservanza delle regole procedurali quali ad esempio il mancato rispetto dei termini perentori di avvio e conclusione del procedimento allo scopo di viziare l'irrogazione della sanzione disciplinare 2) Mancata od erronea valutazione degli elementi istruttori allo scopo di determinare i presupposti per una sanzione minore o per un'archiviazione del procedimento
38) Assegnazione Borse Di Studio	A) Area: acquisizione e progressione del personale - 1. Reclutamento	previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti

		attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari
39) Procedimenti Disciplinari A Carico Dei Medici Specialisti Convenzionati Interni	AREA ULTERIORE (NON PREVISTA DAL PNA)	1) Inosservanza delle regole procedurali quali ad esempio il mancato rispetto dei termini perentori di avvio e conclusione del procedimento allo scopo di viziare l'irrogazione della sanzione disciplinare 2) Mancata od erronea valutazione degli elementi istruttori allo scopo di determinare i presupposti per una sanzione minore o per un'archiviazione del procedimento
40) Commissioni Di Valutazione Idoneita' Dei Medici Specialisti Ambulatoriali	a)Acquisizione e progressione del personale	1) Possibile previsione di prove di idoneità con quesiti "personalizzati" allo scopo di reclutare candidati particolari 2) Possibile erronea o eccessivamente discrezionale valutazione delle prove svolte dai candidati da parte della Commissione addetta alla valutazione di idoneità, in assenza di criteri precisi di valutazione
41) Avviso Pubblico Per Titoli E Colloquio Per Assunzione A Tempo Determinato Personale Dirigenza/ Comparto	A) Area: acquisizione e progressione del personale - 1. Reclutamento	previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari
42) Avviso Pubblico di mobilità In ambito regionale, Interregionale Ed Intercompartimentale, Per Titoli E Colloquio. Procedura Finalizzata All'Acquisizione Di Personale A Tempo Indeterminato Già In Ruolo Presso Altre P.A.	A) Acquisizione e progressione del personale - 1. Reclutamento	previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari

43) Rilascio Autorizzazioni Allo Svolgimento Di Incarichi Extra Istituzionali Da Parte Del Personale Dipendente	C) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari provi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario - 5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an	Rilascio di autorizzazione in relazione a fattispecie carenti dei presupposti previsti dalla normativa legislativa ed Aziendale allo scopo di agevolare, in relazione ad un particolare dipendente, un'attività incompatibile
44) Approvazione Ore Carenti Di Medicina Specialistica Ambulatoriale	Area Ulteriore (non prevista dal PNA)	In presenza di più richieste di pubblicazione di turni vacanti, teorica possibilità di favorire l'autorizzazione o la pubblicazione di determinati turni piuttosto che altri
46) Processo Relativo Alla Ricongiunzione	d) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e della imparzialità procedurale nei rispetto dei termini.
47) Processo Relativo Al Riscatto	d) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e della imparzialità procedurale nei rispetto dei termini.
48) Processo Relativo Al Collocamento A Riposo Del Personale Con Corresponsione Del Trattamento Pensionistico E Della Liquidazione	d) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e della imparzialità procedurale nei rispetto dei termini.
49) Conferimento Incarichi Di Medicina Specialistica Ambulatoriale	a)Acquisizione e progressione del personale	<p>1) Nel corso dell'esame delle dichiarazioni di disponibilità ai turni pubblicati, in generale, possibile mancato rispetto dei criteri di priorità previsti dall'art. 23 del vigente ACN della Specialistica per l'assegnazione dei turni e quindi per il conferimento dei relativi incarichi</p> <p>2) Nel corso dell'esame delle dichiarazioni di disponibilità ai turni pubblicati, in particolare possibile mancata verifica e/o falsa attestazione dell'anzianità di servizio</p>

		a tempo indeterminato, o mancato rispetto della graduatoria della branca specialistica in vigore al momento dell'assegnazione
50) Formulazione Graduatorie Definitive Per Le Branche Di Medicina Specialistica Ambulatoriale	a)Acquisizione e progressione del personale	Incompleta o erronea attività di riscontro agli eventuali ricorsi presentati sui punteggi delle graduatorie provvisorie
51) Formulazione Delle Graduatorie Provvisorie Per Le Branche Di Medicina Specialistica Ambulatoriale	a)Acquisizione e progressione del personale	1) Omissione nell'inserimento di periodi effettivamente lavorati, oppure inserimento di periodi non effettivamente lavorati ai fini di modificare arbitrariamente i punteggi finali di determinati richiedenti l'inserimento in graduatoria 2) mancata verifica e/o falsa attestazione dei requisiti
52) Conferimento Incarichi A Tempo Indeterminato Ai Medici Di Medicina Generale, Continuità Assistenziale, Emergenza Sanitaria Territoriale E Pediatri Di Libera Scelta Per La Copertura Delle Zone Carenti	Area ulteriore (non prevista dal PNA)	Arbitraria attribuzione dei punteggi, in particolare quelli riguardanti la residenza

2) Dipartimento Economico finanziario:

<u>PROCEDIMENTO</u>	<u>AREA DI RISCHIO</u>	<u>DESCRIZIONE RISCHI</u>
1) Acquisti Sopra Soglia- Criterio Del Prezzo più basso (Su Indicazione Della Cra In Deroga Al Dispositivo Della L. R. 34/12)	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	1) Accordi collusivi fra le imprese partecipanti alla gara per manipolare gli esiti; 2) definizione dei requisiti di accesso alla gara per favorire un'impresa; 3) uso distorto del criterio dell'offerta economicamente vantaggiosa; ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire extra guadagni; 4) abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara; 5) elusione delle regole di affidamento degli appalti

<p>4) Acquisti Sopra Soglia- Criterio Dell'Offerta Economicamente Più Vantaggiosa (Su Indicazione Della Cra In Deroga Al Dispositivo Della L. R. 34/12)</p>	<p>B) affidamento di lavori, servizi e forniture</p>	<p>1) Accordi collusivi fra le imprese partecipanti alla gara per manipolare gli esiti; 2) definizione dei requisiti di accesso alla gara per favorire un'impresa; 3) ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire extra guadagni; 4) abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara; 5) elusione delle regole di affidamento degli appalti</p>
<p>14) Affidamento In Economia</p>	<p>B) affidamento di lavori, servizi e forniture</p>	<p>1) Elusione delle regole di affidamento per favorire un fornitore o al di fuori dei casi previsti dalla legge</p>
<p>28) Verifiche Incassi Ed Azioni Di Recupero Crediti</p>	<p>Area ulteriore (non prevista dal PNA)</p>	<p>1) Azioni volte a ritardare o non perseguire un recupero per fornire indebito vantaggio ad un particolare soggetto</p>
<p>30) Acquisti Sotto Soglia- Criterio Dell'Offerta Economicamente Più Vantaggiosa</p>	<p>B) affidamento di lavori, servizi e forniture</p>	<p>1) Accordi collusivi fra le imprese partecipanti alla gara per manipolare gli esiti; 2) definizione dei requisiti di accesso alla gara per favorire un'impresa; 3) ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire extra guadagni; 4) abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara; 5) elusione delle regole di affidamento degli appalti</p>
<p>31) Acquisti Sotto Soglia- Criterio del prezzo più basso</p>	<p>B) affidamento di lavori, servizi e forniture</p>	<p>1) Accordi collusivi fra le imprese partecipanti alla gara per manipolare gli esiti; 2) definizione dei requisiti di accesso alla gara per favorire un'impresa; 3) uso distorto del criterio dell'offerta economicamente vantaggiosa; 4) ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire extra guadagni; 5) abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara; elusione delle regole di affidamento degli appalti</p>

32) Emissione Mandati Di Pagamento	d) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	1) Riconoscimento indebito di somme in realtà non dovute per agevolare determinati fornitori
33) Pagamento Fornitori	d) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	1) Riconoscimento indebito di somme in realtà non dovute per agevolare determinati fornitori
45) Acquisti Con Cassa Economale Tra I Quali Si Enumerano Gli Acquisti Urgenti Senza Richiesta Di Preventivi	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	1) Abuso dell'utilizzo di acquisto a casse economali per favorire un fornitore; 2) utilizzo delle stesse fuori dai casi previsti dalla normativa di riferimento

3) Dipartimento di Prevenzione:

<u>PROCEDIMENTO</u>	<u>AREA DI RISCHIO</u>	<u>DESCRIZIONE RISCHI</u>
13) Riconoscimenti Ce Attività /S.C. Sicurezza Alimentare	Area ulteriore (non prevista dal PNA)	Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti
25) Controllo ufficiale (Ispezione Audit Campionamento Monitoraggio Verifica Documentale Sorveglianza)	Area ulteriore (non prevista dal PNA)	Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti
34) Notifica Nuove Attività /S.C. Sicurezza Alimentare	1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an	Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti
61) attività di vigilanza territoriale	1) la scelta delle aziende da ispezionare mantiene un certo margine di discrezionalità soprattutto nelle situazioni "a vista" 2) possibili applicazioni non difformi delle norme da parte del singolo operatore in casi, non rari, con margini interpretativi	1) la scelta delle aziende da ispezionare mantiene un certo margine di discrezionalità soprattutto nelle situazioni "a vista" 2) possibili applicazioni difformi delle norme da parte del singolo operatore nei casi, non rari, con margini interpretativi
64) autorizzazione in deroga all'utilizzo ad uso lavorativo di locali con altezza inferiore ai tre metri	l'ufficio ha funzione esclusiva nella concessione dell'atto autorizzativo	l'ufficio ha funzione esclusiva nella concessione dell'atto autorizzativo

65) autorizzazione in deroga all'utilizzo di locali sotterranei e semisotterranei	l'ufficio è unico ente titolato alla concessione del titolo autorizzativo	l'ufficio è unico ente titolato alla concessione del titolo autorizzativo
66) ricorsi avverso giudizio del medico competente		le determinazioni della commissione dell'Organo di Vigilanza sono impugnabili presso l'A.G.
58) lavori di demolizione o rimozione amianto urgenza	possibili interpretazioni non del tutto sovrapponibili delle indicazioni regionali che individuano motivazioni di ordine generale	possibili interpretazioni non del tutto sovrapponibili delle indicazioni regionali che individuano motivazioni di ordine generale
62) lavori di demolizione o rimozione amianto	vi è una limitata discrezionalità nelle eventuali disposizioni tecniche impartite, pur vincolate da criteri ben definiti	vi è una limitata discrezionalità nelle eventuali disposizioni tecniche impartite, pur vincolate da criteri ben definiti
63) indagini infortuni	difficoltà concreta ad avviare e concludere nei tempi previsti tutti gli accertamenti necessari e le indagini previste dall'obbligo normativo con conseguente margine di discrezionalità nella cronologia degli interventi	difficoltà concreta ad avviare e concludere nei tempi previsti tutti gli accertamenti necessari e le indagini previste dall'obbligo normativo con conseguente margine di discrezionalità nella cronologia degli interventi

59) notifica nuovi insediamenti produttivi		a seguito di "semplificazione" normativa non è più prevista alcuna autorizzazione o silenzio assenso
60) indagini su malattie professionali	esiste un margine di discrezionalità basato sull'individuazione dei casi prioritari quando risulta impossibile dare seguito a tutti i referti	esiste un margine di discrezionalità basato sull'individuazione dei casi prioritari quando risulta impossibile dare seguito a tutti i referti
5) Minorazioni Civili	Area ulteriore (non prevista dal PNA)	Il procedimento prevede l'attribuzione di vantaggi ad enti privati (utenti). Rischio di manomissione del processo al fine di ottenere benefici personali.
17) Patenti Speciali	Area ulteriore (non prevista dal PNA)	Il procedimento prevede l'attribuzione di vantaggi ad enti privati (utenti). Rischio di manomissione del processo al fine di ottenere benefici personali.

4) Dipartimento delle Infrastrutture:

<u>PROCEDIMENTO</u>	<u>AREA DI RISCHIO</u>	<u>DESCRIZIONE RISCHI</u>
2) Procedura Negoziata	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	Accordi collusivi fra le imprese partecipanti alla gara per manipolare gli esiti; definizione dei requisiti di accesso alla gara per favorire un'impresa; uso distorto del criterio dell'offerta economicamente vantaggiosa; ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire extra guadagni; abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara; elusione delle regole di affidamento degli appalti
3) Procedura Negoziata	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	Accordi collusivi fra le imprese partecipanti alla gara per manipolare gli esiti; definizione dei requisiti di accesso alla gara per favorire un'impresa; uso distorto del criterio dell'offerta economicamente vantaggiosa; ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire extra guadagni; abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara; elusione delle regole di affidamento degli appalti
5) Procedura Aperta	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	Accordi collusivi fra le imprese partecipanti alla gara per manipolare gli esiti; definizione dei requisiti di accesso alla gara per favorire un'impresa; ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire extra guadagni; abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara; elusione delle regole di affidamento degli appalti
7) Subappalto	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	Elusione delle regole di affidamento per favorire un fornitore o al di fuori dei casi previsti dalla legge
8) Subappalto	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	Elusione delle regole di affidamento per favorire un fornitore o al di fuori dei casi previsti dalla legge
18) Affidamento In Economia	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	Elusione delle regole di affidamento per favorire un fornitore o al di fuori dei casi previsti dalla legge
19) Affidamento In Economia	B) affidamento di lavori, servizi e	Elusione delle regole di affidamento per favorire un fornitore o al di fuori dei casi previsti dalla legge

	forniture	
21) Collaudo In Economia	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	Verifica della qualità dell'opera realizzata, in riferimento al progetto approvato, e controllo della contabilità effettuata in modo superficiale volto a favorire l'impresa appaltatrice.
22) Collaudo Forniture	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	Verifica della qualità della fornitura rispetto ai requisiti richiesti, e controllo della documentazione a corredo svolta in modo superficiale volto a favorire l'impresa appaltatrice.
23) Collaudo Lavori	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	Verifica della qualità dell'opera realizzata, in riferimento al progetto approvato, e controllo della contabilità effettuata in modo superficiale volto a favorire l'impresa appaltatrice.
24) Collaudo Forniture	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	Verifica della qualità della fornitura rispetto ai requisiti richiesti, e controllo della documentazione a corredo svolta in modo superficiale volto a favorire l'impresa appaltatrice.

5) Distretti Sanitari

<u>PROCEDIMENTO</u>	<u>AREA DI RISCHIO</u>	<u>DESCRIZIONE RISCHI</u>
9) Incasso E Gestione Del Denaro Derivante Dal Pagamento Della Compartecipazione Alla Spesa Sanitaria Da Parte Degli Utenti Afferenti Agli Sportelli Cup	Area ulteriore (non prevista dal PNA)	1) Appropriazione indebita di denaro in tempo reale (incasso). 2) Appropriazione indebita di denaro in fase di versamento bancario (gestione).
12) Assistenza Sanitaria all'Estero per prestazioni di altissima specializzazione	Area ulteriore (non prevista dal PNA)	1) Il procedimento prevede l'attribuzione di vantaggi ad enti privati (utenti). Rischio di manomissione del processo al fine di ottenere benefici personali.
16) Scelta E Revoca Dei Medici Di Medicina Generale (Pls)	Area ulteriore (non prevista dal PNA)	Il procedimento prevede l'attribuzione di vantaggi ad enti convenzionati (MMG). 1) Rischio di manomissione del processo al fine di ottenere benefici personali.

6) S. C. Servizio Legale:

<u>PROCEDIMENTO</u>	<u>AREA DI RISCHIO</u>	<u>DESCRIZIONE RISCHI</u>
20) Procedimento Sanzionatorio In Materia Di Violazioni Amministrative Di Cui Alla Legge N.689/1981	Area ulteriore (non prevista dal PNA)	1) Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità nella determinazione della sanzione nell'emissione dell'ordinanza ingiunzione 2) Immotivata archiviazione del procedimento od immotivata riduzione della sanzione

Di seguito vengono riportati i procedimenti valutati a basso rischio corruzione (esclusi dal trattamento):

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO		
Rapporto Di Lavoro A Tempo Parziale	C) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari provi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario - 5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an	Previsioni di requisiti di accesso ai posti di lavoro a tempo parziale "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti di accesso richiesti in relazione al rapporto di lavoro a tempo parziale allo scopo di correlare il singolo posto disponibile al dipendente particolare.
Concessione Permessi Retribuiti Previsti Dalla L.104/92 (Legge-Quadro Per L'Assistenza, L'Integrazione Sociale E I Diritti Delle Persone Handicappate)	C Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari provi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario 1. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato	Inosservanza delle regole procedurali e dei termini perentori a garanzia della trasparenza e della correttezza del procedimento
Concessione Di Permessi Retribuiti E Non Retribuiti	Aree c) e d)	inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità e inosservanza dei termini perentori che regolano il procedimento.
Aspettative Non Retribuite	C Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari provi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario 1. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità e inosservanza dei termini perentori che regolano il procedimento.
Diritto Allo Studio (150 Ore)	C Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari provi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario 1. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato	abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto concessioni di vantaggi di natura non economica al fine di agevolare particolari soggetti

DIPARTIMENTO ECONOMICO - GESTIONALE		
Rimborso Per Prestazioni Non Usufruite	d) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento del ticket sanitario al fine di agevolare determinati soggetti

La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione

Successivamente sono stati individuati e descritti i rischi di corruzione ed in seguito sono state fornite le indicazioni per svolgere l'analisi del rischio ovvero assegnare un valore numerico ai rischi, è stato calcolato il valore di probabilità ed il valore dell'impatto, utilizzando i criteri della tabella dell'all.to n. 5 del PNA. Ai fini di agevolare questo calcolo è stato predisposto un apposito file in Excel, sul quale sono state già impostate le formule per determinare numericamente il livello di rischio, mediante preimpostati menu a tendina con cui si potevano scegliere le risposte più idonee: la formula ha consentito di effettuare automaticamente la media aritmetica dei valori individuati per la probabilità e la media dei valori individuati per l'impatto. I valori complessivi medi sono stati quindi moltiplicati per ottenere il valore complessivo che esprime il livello di rischio del procedimento. Di conseguenza le strutture coinvolte si sono potute dedicare unicamente all'aspetto più delicato dell'analisi ovvero stabilire il grado di rischio dei procedimenti/processi di propria competenza scegliendo una delle risposte preimpostate che, in base all'esperienza e/o dal confronto con il personale coinvolto, pareva la più opportuna e corretta; mentre il calcolo matematico veniva svolto in automatico.

A seguito del calcolo così ottenuto è stato predisposto un registro dei rischi comprensivo della valutazione numerica dei rischi di corruzione, che viene allegato al presente piano, come parte integrante dello stesso. L'inserimento è stato strutturato in base ad un ordine via via decrescente del rischio di corruzione (all.to n. 1: "Registro e valutazione dei rischi").

Infine, è stata affrontata la ponderazione del rischio ovvero è stato considerato il rischio "alla luce dell'analisi [raffrontandolo] con altri rischi al fine di decidere la priorità e l'urgenza di trattamento" (All.to. n. 1 del PNA, pag. 28).

Nel corso del 2014, di concerto con le strutture coinvolte, è stata effettuata una ricognizione sulle misure già presenti in Azienda per fronteggiare i rischi sopra elencati, ed eventualmente per aggiornarli, definendo, nel contempo, le priorità di trattamento.

In particolare, in relazione ai valori di rischio scaturiti dalla analisi, si è stabilito che fino al punteggio complessivo pari a 4, il rischio afferente ai procedimenti mappati è da valutarsi alto e, dunque, si è proceduto già a partire dalla fine del 2014 ad inserire nel presente Piano delle misure ulteriori.

Da 4 a 2,30 il rischio è considerato medio e si provvederà nel gennaio 2015 all'introduzione di nuovi accorgimenti per limitare i rischi corruttivi e che sono stati inseriti nel presente Piano.

Sotto il valore di 2,30 e per tutti gli altri procedimenti non si ritiene, allo stato attuale, di prendere delle ulteriori misure preventive:

- Da 0 a 2,29: rischio basso
- Da 2,30 a 4: rischio medio
- Da 4,1 a 25 (valore massimo che in teoria è possibile raggiungere): rischio alto

Matrice dei valori di $L = P \times I$						
PROBABILITA	5	5	10	15	20	25
	4	4	8	12	16	20
	3	3	6	9	12	15
	2	2	4	6	8	10
	1	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		IMPATTO				

Tabella 2: matrice dei valori

I valori evidenziati in rosso sono quelli che questa Asl già nel suo PTPC 2014 – 2016 aveva individuato come di rischio alto. Nessun processo (procedimento) presenta dei rischi sopra il 10 (infatti, l'analisi dell'impatto è risultata molto bassa, non essendosi mai verificati episodi di corruzione) I valori sopra quel livello sono stati contrassegnati in viola.

Di seguito è riportata la sintesi dei risultati ottenuti dall'analisi della ponderazione sulla valutazione dei rischi suddivisi per struttura dipartimentale, secondo un andamento derescente: da quelli a più elevato rischio corruttivo a quelli giudicati di livello basso. I dati completi sono visibili nell'allegato n. 1 al presente piano: "Registro e valutazione dei rischi".

Il trattamento del rischio

Con la fine del 2014 si è dato avvio al “trattamento del rischio” composto dai seguenti punti:

- 1) Controllo e confronto delle informazioni relative alla mappatura dei procedimenti con quelli della valutazione del rischio eliminando eventuali incoerenze o difformità tra i dati;
- 2) Individuazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio;
- 3) Analisi relativa a quali rischi debbono essere trattati prioritariamente rispetto agli altri (c.d. “priorità del trattamento” All.to n. 1 del PNA, pag. 29).

Relativamente ai punti 1) e 2), con nota Id n. 162413 del 17/12/2014 è stata predisposta una tabella che racchiude tutti i dati relativi ai procedimenti mappati e dei rischi ad essi connessi oltre a dati preimpostati relativi alle misure ulteriori, per rendere il lavoro omogeneo fra gli uffici e l’inserimento delle contromisure più automatico. E’ stato chiesto in primis di effettuare una ricognizione di tutte quelle misure già ad oggi applicate a prescindere dalle risultanze della gestione del rischio; successivamente di pensare ad introdurre nuove misure, laddove non presenti, per contrastare i rischi che nella precedente fase del trattamento (ed in particolare nella sub-fase della “identificazione”) sono emersi, precisando nel contempo la data ipotetica della loro applicazione.

Quanto al terzo punto, ovvero la decisione su quali misure applicare prima delle altre, tenendo fermo il principio per cui comunque debba essere assegnata la prevalenza alle misure obbligatorie previste dalle norme, rispetto a quelle ulteriori, si recepisce quanto indicato nell’all.to 1 del PNA sui fattori da considerare per una corretta individuazione delle priorità:

- “livello di rischio: maggiore è il livello, maggiore è la priorità del trattamento;
- Impatto organizzativo e finanziario connesso all’implementazione della misura”.

Di conseguenza questa Asl ritiene opportuno dare priorità all’applicazione delle misure ulteriori relative ai rischi connessi a tutti i processi/procedimenti valutati di grado alto e medio rischio di corruzione in base alle risultanze della valutazione del rischio condotta nel corso del 2014.

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	Totale misure
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	Formazione	4
	Organizzazione Sviluppo e Risorse Umane	4
	S.C. Servizio Amministrazione del Personale – S.S. Selezione e Gestione del Personale – Settore Selezione del Personale e Procedure Concorsuali	8
	S.C. Servizio Amministrazione del Personale / S.S. Selezione e Gestione del Personale	5
	S.C. Servizio Amministrazione del Personale / S.S. Selezione e Gestione del Personale Medico Convenzionato – Comitato Consultivo Zonale	11
	S.C. Servizio Amministrazione del Personale–Settore Previdenziale	3
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO Totale		35
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	PSAL	13
	S.C. Medicina Legale	1
	S.C. Medicina Legale	2
	S.C. Sicurezza Alimentare	3
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Totale		19
DIPARTIMENTO ECONOMICO - GESTIONALE	Bilancio	3
	Economato	1
	Provveditorato	5
DIPARTIMENTO ECONOMICO - GESTIONALE Totale		9
DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE	S.C. Gestione Tecnica Levante e S.C. Gestione Tecnica Ponente	9
	SC Sistemi Informativi Aziendali	5
	SSD Ingegneria Clinica - SSD Telecomunicazioni (Dipartimento Infrastrutture)	13
DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE Totale		27
DISTRETTI SANITARI	DSS 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13	4
DISTRETTI SANITARI Totale		4
S.C. SERVIZIO LEGALE	S.C. SERVIZIO LEGALE	1
S.C. SERVIZIO LEGALE Totale		1
Totale complessivo		95

Tabella n. 3: Tabella pivot sul numero di misure applicate suddivise per le strutture aziendali

5) Formazione in tema di anticorruzione

Affinché sia possibile implementare, all'interno dell'Azienda, politiche di contrasto alla corruzione sempre più efficaci e consapevoli, dovrà essere assegnato particolare risalto all'attività formativa. Essa dovrà rivolgersi, in primis, ai dirigenti, chiamati a collaborare fianco a fianco col responsabile e successivamente a tutti i dipendenti, i quali, oltre ad osservare le misure del piano, partecipano attivamente al processo del rischio e sono anche chiamati ad un ruolo attivo nella prevenzione degli illeciti (es. whistleblower). Attualmente sono state organizzate delle giornate di formazione a

beneficio degli uffici maggiormente coinvolti nelle operazioni della gestione del rischio. A questo scopo sono state predisposte delle “slide” per la presentazione generale della normativa e più specifiche, riguardanti l’individuazione e la valutazione dei rischi.

Di seguito sono visibili gli incontri conclusi nel 2013, che hanno interessato i principali uffici che nel corso dell’anno successivo avrebbero effettuato la gestione del rischio:

OGGETTO INCONTRO	STRUTTURA AZIENDALE	LUOGO E DATA DATA
GESTIONE DEL RISCHIO (MAPPATURA PROCEDIMENTI)	TUTTI I DIRETTORI DI DIPARTIMENTO	DIREZIONE GENERALE DI VIA BERTANI, 16/10/2013
INTRODUZIONE L. N. 190/12 E GESTIONE RISCHIO	DIP. AMMINISTRATIVO (DIRIGENTI E COLL. AMM.VI)	URP DI L.GO SAN GIUSEPPE, 04/11/2013
INTRODUZIONE L. N. 190/12 E GESTIONE RISCHIO.	DIP. ECONOMICO GESTIONALE (DIRIGENTI E COLL. AMMVI)	SEDE DIP DI VIA BERTANI, 02/12/2013
MAPPATURA DEI PROCEDIMENTI E TRASPARENZA	S.C. AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE	UFF. ANTICORRUZIONE, QUARTO, 04/12/2013
INTRODUZIONE L. N. 190 E GESTIONE RISCHIO E TRASPARENZA	S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA	BIBLIOTECA DI QUARTO, 06/12/2013
INTRODUZIONE L. N. 190 E GESTIONE RISCHIO E TRASPARENZA	S.C. CURE PRIMARIE e DISTRETTI SANITARI (DIRIGENTI E COLLABORATORI)	SEDE DI QUARTO, 30/12/2013

Tabella n. 4: elenco dei corsi formativi sulla lotta alla corruzione realizzati nel corso del 2013

Il materiale, fino ad ora realizzato e utilizzato per l’esposizione in aula delle materie della prevenzione della corruzione, ha costituito la base per la predisposizione di un corso “FAD”, di carattere obbligatorio, rivolto a tutti i dipendenti, che tratta sia gli aspetti etici (approccio valoriale) sia gli specifici contenuti tecnici e giuridici (approccio contenutistico). In sede di prima applicazione si è ritenuto prioritario consentire la frequentazione di questo tipo di corso al personale, dirigenziale e del comparto, operante nelle aree a rischio e che si occupa, a diverso livello, dei procedimenti ritenuti a rischio (vedasi il “registro dei rischi” parte integrante del presente P.T.P.C.). Di conseguenza, i Referenti della Prevenzione della Corruzione, hanno individuato, nell’ambito delle strutture afferenti ai propri dipartimenti/distretti, il personale più esposto al rischio di corruzione.

Nella tabella sottostante è riportato il numero degli operatori coinvolti in questa fase di formazione:

<u>DIPARTIMENTO/S.C.</u>	<u>PARTECIPANTI:</u>
S.C. LEGALI	3
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	42 (S.C. SIC. ALIMENTARE) + 41 (PSAL)+ 20 S.C Medicina Legale
DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE	44
DIPARTIMENTO ECONOMICO	10
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	11
DS 8	10
DS 9	30
DS 10	21
DS 11	14
DS 12	24
DS 13	21
S.C. MEDICINA LEGALE	IL RESPONSABILE NON HA ANCORA COMUNICATO I NOMINATIVI
TOTALE:	291

Tabella n. 5: numero operatori coinvolti nel corso FAD

I Referenti della prevenzione, ancorché in alcuni casi inseriti negli elenchi, non sono obbligati alla frequentazione del corso avendo già presenziato a dei momenti di formazione nel corso del 2013 – 2014. Inoltre, i dipendenti prossimi alla pensione o che prevedono entro il 2015 di concludere il loro servizio in Asl possono considerarsi esclusi.

Il corso, elaborato in collaborazione con la S.C. Aggiornamento e Formazione, passa in rassegna i principi ed i contenuti della L. n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e quelli delle norme successivamente intervenute. L'intento di questo percorso formativo non vuole essere meramente nozionistico, ma fornire un fattivo contributo alla diffusione, all'interno di questa Azienda, della cultura della legalità e dell'onestà, quali cardini dell'agire pubblico.

Consta di 8 lezioni (moduli) di seguito meglio specificate:

Modulo 1 - ORIGINI DELLA LEGISLAZIONE ANTICORRUZIONE:

Una veloce panoramica sugli strumenti adottati a livello europeo per misurare la corruzione; Il livello di corruzione presente nel nostro paese comparato a quello dell'Europa; le cause del fenomeno secondo gli studi degli esperti condotti in questi ultimi decenni: sono questi gli argomenti affrontanti nel I modulo del corso che fanno comprendere come la necessità di predisporre una legislazione nazionale di prevenzione della corruzione, fosse ormai ineludibile e indilazionabile. E della assoluta necessità che i principi statuti a livello nazionale venissero velocemente recepiti a livello decentrato per contrastare i fenomeni corruttivi corresponsabili della crisi economica che ci attanaglia.

Modulo 2 - INTRODUZIONE ALLA L. n° 190

L'entrata in vigore della legge n. 190/2012, rappresenta un importante momento di discontinuità del panorama normativo italiano: l'enfasi è posta sulla necessità che occorre prevenire la corruzione e non solo reprimerla e che i diversi interventi siano parte di una politica integrata della quale occorre monitorare l'efficacia in modo da poter adottare gli eventuali correttivi" (da Rapporto sul primo anno di attuazione della L. n. 190/2012, Autorità Nazionale Anticorruzione, 2013). Il modulo fa una sintesi dei principali temi della 190, degli scopi a cui tende, dei passi preliminari adottati per la sua approvazione, soffermandosi sul concetto allargato di corruzione, intesa non solo come quella disciplinata dal codice penale, ma anche concepita, da un lato come abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati, dall'altro come qualunque situazione di malamministrazione.

Modulo 3 - LA PROGRAMMAZIONE

La lezione illustra i documenti programmatici a livello nazionale e decentrato e la loro vicendevole interazione, gli obiettivi strategici, le fondamentali misure predisposte per contrastare la corruzione e le aree di rischio, le tempistiche e le scadenze per la predisposizione dei piani e programmi.

Modulo 4 - LA GESTIONE DEL RISCHIO

La gestione del rischio può essere considerata l'essenza del piano anticorruzione, da cui nascono e si sviluppano le misure di prevenzione. Infatti, la lotta alla corruzione parte da una buona organizzazione, da un effettivo controllo e consapevolezza delle proprie procedure interne e dalla capacità di individuare quei processi e quegli uffici in cui la probabilità di un rischio corruttivo è più alto che altrove. Ciò consente di individuare gli strumenti specificatamente tagliati per ogni servizio a seconda del proprio grado di rischio.

Modulo 5 - LA TRASPARENZA

La trasparenza viene definita come accessibilità totale di tutti quei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria così come definiti dal D.lgs. n. 33/2013 e relativo allegato. Lo scopo ultimo della trasparenza è legato all'idea che il cittadino, in teoria, potendo conoscere gli atti dell'ente pubblico, è in grado di esprimere un giudizio più critico e consapevole sul suo operato, sollecitandolo, perciò, a migliorare le proprie prestazioni sia a livello individuale, sia a livello di organizzazione. Inoltre, proprio la sistematica pubblicità dei dati e dei fatti dell'amministrazione, dovrebbe fornire un deterrente per lo sviluppo al suo interno di situazioni di malamministrazione e di cattiva gestione delle risorse, prodromici di fatti illeciti. Ed è per questo motivo che le slide di questa sessione formativa pongono l'accento sulla sussistenza di un legame molto stretto tra la trasparenza, la corruzione e la performance aziendale ed individuale.

Modulo 6 - INCOMPATIBILITA' E CODICI

Questo modulo illustra le nuove regole previste dal D.lgs. n. 39/2013 sulle situazioni di incompatibilità e di inconferibilità. Il concetto di base è quello di mantenere la distinzione tra le funzioni di indirizzo politico e quelle di amministrazione e tra attività di controllo e di gestione, che pur costituendo già principio ispiratore di tutta la disciplina ordinamentale della pubblica amministrazione degli ultimi 20 anni, assume in questo caso contorni assai più puntuali. Sulla base dei criteri di delega elencati al comma 50 dell'art. 1 della legge n. 190, il legislatore del 2013 individua, infatti, caso per caso, le attività che determinano le inconferibilità e le incompatibilità.

La seconda parte del modulo tratta dei codici di comportamento, concepiti come strumenti di contrasto della corruzione; corruzione intesa sempre nel senso estensivo spiegato nel modulo 2. Infatti, i codici "si basano sull'idea che sia possibile e opportuno offrire ai dipendenti pubblici alcune regole di comportamento che vadano al di là del rispetto della legge e dell'astensione dei reati collocandosi in quelle zone grigie che separano i comportamenti sicuramente leciti da quelli gravemente sanzionati" (da "La corruzione in Italia per una politica di prevenzione, rapporto della Commissione ecc.", pag. 50). Le slide rendono conto anche dei contenuti del codice di comportamento aziendale attualmente in vigore (un aggiornamento del codice aziendale è previsto entro la fine del 2014).

Modulo 7 - MISURE OBBLIGATORIE E REPRESSIONE

In questo modulo vengono mostrate le misure obbligatorie di prevenzione previste dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA): si incomincia dalla formazione, la quale, assieme alla gestione del rischio, alla trasparenza e ai codici di comportamento, è considerato lo strumento più importante nella lotta alla corruzione. Successivamente vengono prese in considerazione le misure per prevenire i conflitti di interesse, come ad esempio il così detto revolving door, la rotazione del personale ed il conflitto di interesse propriamente detto ex art. 6 – bis della L. n. 241/90. Infine si dà conto delle misure di prevenzione previste direttamente dalla L. n. 190/2012. Un certo spazio è stato, infine, dedicato al c. 51 della L. n. 190 rubricato "tutela del dipendente pubblico che segnala

illeciti” dando conto dei contributi e dei dettagli forniti dal PNA e dal Codice di Comportamento per consentire la corretta applicabilità di questo istituto all’interno degli enti pubblici.

A conclusione del modulo sono state dedicate alcune slide, separate dal resto, sulle disposizioni relative alla repressione della corruzione.

MODULO 8 - I SOGGETTI COINVOLTI

Nell’ultima parte del corso si è cercato di raccogliere e sistematizzare tutta la serie di competenze e di obblighi in capo ai soggetti, sia a livello nazionale sia a livello decentrato, coinvolti a diverso titolo dalle norme anticorruzione. Si è posto in rilievo il fatto che il Responsabile, quantunque figura centrale e di impulso per il coordinamento della macchina di prevenzione di ogni singola amministrazione, non è solo nella realizzazione dei principi della L. n 190, ma tutti i dipendenti, a cominciare dai dirigenti, hanno precise responsabilità e precisi doveri. Così come per la privacy e per la sicurezza, anche la difesa della legalità e le azioni per il contrasto della corruzione sono compiti che appartengono a tutti e nessuno può ritenersi escluso!

Nel corso del 2015 è prevista la realizzazione di un corso più agile e sintetico riguardante gli stessi argomenti sopra indicati che sarà rivolto a tutti gli altri dipendenti dell’ente.

Una versione sintetica del corso sopra descritto verrà attivato nel corso del 2015 – 2016 ad esteso a tutti i dipendenti della ASL, sia amministrativi sia sanitari.

Sono state organizzate ulteriori attività di formazione:

- 1) Il 07/11/2014 ha avuto luogo la Giornata della Trasparenza, di cui si tratterà nella sezione II;
- 2) Il 19/04/2014 sono state svolte 3 ore di formazione sulle tematiche dell’anticorruzione nell’ambito del corso obbligatorio per l’assegnazione delle posizioni organizzative dei distretti
- 3) Sono stati svolti incontri sui temi della prevenzione della corruzione con particolare riferimento alle modalità di attuazione della gestione del rischio con le seguenti strutture aziendali:

- a. Lo PSAL il 18/02/2014,
- b. Il Nucleo Operativo di Controllo Aziendale, la Qualità ed il Consultorio il 15/05/2014,
- c. Il Distretto 11 (relativamente alle attività ed ai processi della ex S.C. Assistenza Geriatrica) e il Distretto 13 (per le attività ed i processi della S.C. Assistenza Disabili) e il Dipartimento delle Attività Farmaceutiche tenuto il 21/05/2014,
- d. Il Dipartimento delle Attività Farmaceutiche, i Distretti 9 e 12 tenuto il 25/06/2014,
- e. Il Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze, il 17/09/2014.

Nel corso 2014 – 2015 si sta svolgendo un percorso formativo dedicato alla prevenzione della corruzione nell'ambito della seguente iniziativa:

- Corso derivante da “accordo tra Asl3 Genovese e RSU e Organizzazioni Sindacali del Comparto sul sistema incentivante 2014”. In particolare, sono previste circa 15 ore complessive di formazione, inerente agli argomenti della trasparenza e della prevenzione della corruzione, nelle varie sessioni in cui articolato il corso.

6) Codici di comportamento

Con DPR n. 62/2013 è stato pubblicato il “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.lgs n. 165/2001”. In base al c. 44/5 art. della L. n. 190/2012 ogni amministrazione si dovrà dotare, entro la fine del 2013, di un proprio codice di comportamento. Si sottolinea, tuttavia, che, a prescindere dall'adozione e dal contenuto del codice interno, tale DPR è immediatamente applicabile nell'ambito di questa Asl.

L'adozione di un codice di comportamento da parte dell'Azienda rappresenta una delle “azioni e misure” principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione e costituisce elemento essenziale del presente Piano

In questa sede si desidera mettere in evidenza che l'adozione del codice di comportamento non riveste una valenza meramente formale, ma è da considerarsi uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione “in quanto regola in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti” (PNA pag. 38).

Quanto alla natura legale dei codici (sia generale sia interno) il PNA ricorda che la violazione delle regole in essi contenute dà luogo a responsabilità disciplinare. Le norme ricomprese nei Codici di Comportamento rientrano nel “codice disciplinare”, che questa Azienda ha aggiornato con provvedimento n. 600 del 21/10/2013.

Uno degli aspetti più innovativi del codice riguarda la sua estensione anche ai collaboratori esterni dell’ente, che dovranno attenersi personalmente e/o tramite il personale preposto agli obblighi di condotta ivi previsti. La violazione degli obblighi derivanti dal citato codice avrà come effetto la risoluzione/decadenza del contratto/rapporto previa istruttoria e conclusione del procedimento in contraddittorio con l’Azienda.

Nella seconda metà del 2013 il RPC ha pertanto predisposto una prima bozza del codice interno, il quale ha ricevuto parere favorevole dal Nucleo di Valutazione di questa Asl3, parere emesso con nota prot. n. 12792 del 28/01/2014, secondo quanto richiesto dalla L. n. 190/2012

La prima versione del codice di comportamento è aziendale è stata approvata con Del. n. 48 del 31/01/2014

Il codice di Comportamento Aziendale, adottato con provvedimento del Direttore Generale, verrà è stato notificato per mail a tutti i lavoratori dell’Azienda; inoltre gli uffici competenti hanno inviato una copia del codice a tutti i collaboratori e consulenti con qualsiasi tipologia di contratto o incarico a qualsiasi titolo ed ai collaboratori a qualsiasi titolo delle imprese fornitrici di beni e servizi o che comunque realizzano opere in favore di Asl3.

In data 24/02/2014, il RPC ha inviato il codice, al personale dell’Azienda con i mezzi ed i modi previsti dall’art. 16 del DPR n. 62/2013.

Con cadenza periodica il PTPC del 2014 aveva previsto di verificare lo stato di applicazione dei codici, mediante confronti con i dirigenti responsabili, con la struttura di controllo interno e con l’UDP, a cui spetta il compito di vigilare sul rispetto degli stessi, come precisate meglio all’art. 3.

Ancorché efficace, questa prima versione del Codice doveva considerarsi, per alcuni aspetti, provvisoria e suscettibile di successive modifiche ed aggiornamenti.

Mancava di un collegamento tra la gestione del rischio, parte integrante del piano, e le misure comportamentali da adottare per contrastare tale rischio, previste nel codice interno.

La concomitanza delle scadenze, la ristrettezza nei tempi, e il ritardo con cui a livello nazionale erano state adottate le linee guida in materia di codici di comportamento ed era stato approvato il PNA, avevano reso ancor più difficile adottare un codice rispettando puntualmente le indicazioni dell’Autorità Anticorruzione.

Del resto l’aggiornamento con “procedura aperta” del codice, era comunque previsto dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2014 – 2016 (P.T.P.C.) e rientrava nell’ambito

dell'obiettivo strategico, individuato dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA): "Creare un contesto sfavorevole alla corruzione".

Di conseguenza nel corso del 2014 questa Azienda ha proceduto ad aggiornare il proprio Codice di Comportamento, mediante procedura aperta; nell'intento di favorire il più ampio coinvolgimento dei vari portatori d'interesse /stakeholder), come richiesto dall'art. 54 c. 5 del D. Lgs. n. 165/2001 e dalla Delibera n. 75/2013 della Autorità Nazionale Anticorruzione recante "Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni", i cittadini e le varie associazioni che li rappresentano, i sindacati, o altre forme di organizzazioni rappresentative di interessi e/o che fruiscono delle attività e dei servizi prestati da questo ente sono stati invitati a presentare eventuali integrazioni, proposte e/o osservazioni, ai fini dell'aggiornamento del proprio Codice.

Per facilitare interventi esterni e per garantire una certa omogeneità del lavoro è stato creato un modulo in Excel in cui sono stati messi a confronto gli articoli del D.P.R. n. 62/2013 e del Codice interno della A.S.L. n. 3 "Genovese" allora vigente, creando una colonna vuota per l'inserimento delle eventuali osservazioni. Contestualmente si è deciso di contattare direttamente le sigle sindacali interne informandole dell'iniziativa ed invitandole a contribuire alla revisione del testo.

Le osservazioni dovevano pervenire entro il 6 ottobre 2014

Le principali modifiche del codice hanno riguardato una rivisitazione delle competenze dei soggetti coinvolti nelle politiche di prevenzione alla corruzione dell'Azienda, l'applicazione effettiva dell'istituto del "whistleblower", indicazioni ulteriori sulle responsabilità conseguenti ai doveri del codice, la creazione di un sistema di monitoraggio atto a consentire al RPC di conoscere con più immediatezza e precisione il rispetto del codice interno, una rilettura e rimodulazione degli obblighi e dei doveri in capo ai dipendenti rispetto al contesto specifico di questa Asl., l'introduzione di una dicitura da inserire negli atti di incarico o nei contratti di acquisizione delle collaborazioni, consulenze o dei servizi, nonché nei disciplinari e nei capitolati d'appalto.

La bozza del nuovo codice è stata sottoposta all'attestazione del Nucleo di Valutazione che ha emesso parere favorevole il 13/11/2014. Il nuovo codice è stato così approvato con Del. n. 713 del 14/11/2014.

Esso è stato immediatamente pubblicato sul sito web aziendale, sulla rete intranet ed è stato trasmesso per mail a tutti i dipendenti; in seguito si è disposto che tutti gli uffici competenti avrebbero fornito copia dello stesso a tutti i titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo, anche professionale, di imprese fornitrici di servizi.

Si ricorda, che il Codice di Comportamento adottato dall'Azienda, unitamente al Piano, deve essere consegnato ad ogni dipendente al momento dell'assunzione in servizio e al Dirigente all'atto dell'accettazione dell'incarico.

7) Altre iniziative attuate o da attuare nel corso del triennio

a) Indicazione dei criteri di rotazione del personale.

Ancor prima della approvazione della normativa anticorruzione era già prevista dalla nostra legislazione, l'obbligo in capo a tutti i dirigenti pubblici di ruotare il proprio personale "nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva" (art. 16 comma 1 lett. l-quater art. 16 D.lgs. n. 165/2001). Con la L. n. 190 la rotazione del personale diventa misura non successiva ma preventiva alla corruzione e di carattere generale, in base al concetto che "l'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione" (pag. 41 all.to 1 PNA).

E' perciò obiettivo futuro di questa Azienda, di dare attuazione a questa misura recependo le indicazioni contenute nel piano nazionale; tuttavia si procederà con gradualità per non compromettere la continuità della gestione amministrativa e tenendo conto delle specificità professionali secondo gli avvertimenti presenti nella già citata Intesa tra Governo, Regioni e Enti locali per l'attuazione dell'art. 1 c. 60 e 61 della L. n. 190/2012.

Secondo le stesse disposizioni del DFP per individuare il personale da ruotare è necessario identificare preliminarmente quegli uffici che presentano una valutazione del rischio alta, in base al processo della gestione del rischio descritta nell'art. 4. Le indicazioni metodologiche per dare corso a questo processo sono state fornite dal ministero solo a settembre del 2013, ragion per cui le analisi e le valutazioni del rischio corruzione di questa Asl, sono partite solo nel mese di ottobre e solo da poco posso dirsi concluse. Una volta individuati gli uffici più esposti e i dipendenti che ivi prestano la loro opera, si dovranno individuare quelli che gradualmente andranno a sostituirli. A questi nuovi ingressi sarà necessario garantire un periodo di formazione che oltre a fornire agli interessati una panoramica sulla nuova normativa in tema di prevenzione della corruzione, si occupi di fornire una formazione specifica riguardante le principali attività di cui si dovranno occupare. Per le ragioni sopra esposte, allo stato attuale, non è ancora possibile procedere con la rotazione. Tuttavia sono state poste le basi perché la stessa trovi la sua realizzazione negli anni successivi, individuando il personale coinvolto, formandolo nel modo adeguato e salvaguardando nel contempo la continuità delle attività amministrative nel rispetto dei principio del buon andamento e dell'imparzialità dell'amministrazione.

Questa Azienda si impegna ad informare preventivamente le organizzazioni sindacali su ogni decisione in merito alla rotazione del personale delle aree a più elevato rischio di corruzione

In ogni caso, per quanto riguarda la rotazione dei dirigenti si dispone che essa potrà avvenire solo al termine dell'incarico.

b) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Un'altra misura di prevenzione della corruzione è stata introdotta dall'art. 1 c. 41 della L. 190 che ha inserito il nuovo art. 6 bis della L. n. 241/1990:

Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Questa misura di prevenzione è disciplinata da due articoli del DPR n. 62/2013. Nella prima, l'art. 6, il dipendente all'atto di fare parte di un nuovo ufficio ha l'obbligo di comunicare per iscritto eventuali rapporti di natura economica con soggetti privati

Nella seconda, disciplinata dall'art. 7, al dipendente viene richiesto segnalare al proprio superiore il possibile verificarsi di una situazione di conflitto di interesse nel corso della propria attività lavorativa. Dunque, rispetto all'art. 6, la norma prevede la possibilità che una situazione di conflitto possa insorgere anche successivamente al momento dell'assegnazione ad un determinato ufficio. Il dirigente è chiamato a valutare l'effettiva sussistenza di tale rischio, e quindi a decidere se sussistono i presupposti per sollevare o meno il dipendente, dal procedimento/provvedimento che potrebbe essere l'origine di una situazione di conflitto di interesse.

Di conseguenza, per dare concreta attuazione a queste disposizioni è intervenuto il nuovo Codice di Comportamento Aziendale del 14/11/2014, il quale ha previsto che:

- “Ai fini della dichiarazione di quanto previsto dall'art. 6 comma 1 del Codice di Comportamento generale, la S.C. Servizio Amministrazione del Personale avrà cura di consegnare a tutti i Dirigenti dell'Azienda apposita modulistica. La summenzionata modulistica sarà reperibile anche sulla intranet aziendale” (art. 6, comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse). Per dirigenti ci si riferisce ai Responsabili di struttura complessa, i quali sono tenuti a consegnare il modulo in questione a tutti i dipendenti che entrano a far parte della struttura da loro diretta.
- “Le dichiarazioni sul conflitto di interesse dovranno essere trasmesse dal dipendente al proprio Dirigente Responsabile di Struttura e per conoscenza al RPC” (art. 7 Obbligo di astensione, nel caso una situazione di conflitto sorga successivamente all'assegnazione di un determinato ufficio). Il Codice interno, oltre ad adeguarsi alla normativa nazionale, precisa anche che nel caso il conflitto riguardasse il Dirigente Responsabile di Struttura, a valutare le iniziative da assumere sarà il Direttore di Dipartimento e se fosse quest'ultimo a trovarsi in una potenziale situazione di conflitto di interesse a decidere verrà chiamato direttamente il RPC

Nel corso del 2015 è previsto la predisposizione e trasmissione dei summenzionati moduli summenzionati per facilitare e uniformare la comunicazione dell'eventuale presenza di conflitto di interessi; pertanto la misura per contrastare il conflitto di interessi.

Le dichiarazioni sul conflitto di interesse compilate nei prossimi mesi serviranno per ottemperare a quanto disposto dell'art. 1 c. 9 lett e) della L. n. 190/2012 che richiede di "monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità esistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione.

Peraltro si rileva che il Dipartimento di Prevenzione chiede da tempo ai propri operatori operanti nell'ambito delle verifiche e controlli di dichiarare l'assenza di conflitto di interessi con apposito modulo.

La violazione dell'obbligo di astensione può "costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa" (pag. 46 All.to 1 PNA).

Inoltre, per prevenire il conflitto di interesse con la funzione pubblica svolta dalla dirigenza, si evidenzia che, come, previsto dall'art. 13 del D.P.R. n. 62/2013, "il dirigente prima di assumere le sue funzioni, comunica all'amministrazione le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio. Il dirigente fornisce le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge" (art. 13 c. 3 D.P.R n. 62/2013). Le dichiarazioni di cui all'art. 13 sono raccolte dal S.C. Servizio Amministrazione del Personale.

c) Incarichi extra-istituzionali.

Per conflitto di interesse non si intende soltanto la presenza di legami di natura economica tra i dipendenti e soggetti esterni all'amministrazione, che potrebbero inficiare il principio di correttezza e di imparzialità, come specificato nell'art. precedente, ma anche con 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. 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. 80 del 14/02/2014 il succitato regolamento è stato integrato e modificato.

In questa sede si ritiene utile ricordare quanto dispone l'art. 10 del regolamento Aziendale riguardo ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione a l'art. 11 riguardo alla procedura autorizzativa:

- lett. b): "non devono sussistere motivi di incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, anche in relazione alla natura del soggetto conferente, né situazioni anche potenziali, di conflitto di interessi"
- lett. c) l'attività extraistituzionale deve essere svolta al di fuori dell'orario di lavoro, senza utilizzo di locali, risorse, strumenti, attrezzature dell'Asl
- lett. f) le ore dedicate alle attività extraistituzionali non devono superare il 20% dell'ammontare annuale del normale orario di lavoro.

"L'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico extra – istituzionale deve essere richiesta alla S.C. Affari del personale, previa espressione di parere favorevole da parte del responsabile della struttura di appartenenza, a cura del dipendente interessato, mediante compilazione e trasmissione della modulistica reperibile sul sito istituzionale aziendale nonché sulla rete intranet aziendale (modello all. sub A) [...] (art. 11 del Regolamento)

I contenuti del Regolamento sono stati recepiti anche nel Codice di Comportamento Aziendale, nell'art. 13 c. 7 punto XV, laddove si dispone che tutti i dipendenti devono "richiedere preventivamente l'autorizzazione a svolgere incarichi extraistituzionali retribuiti nel rispetto della legge e del regolamento aziendale, comunicando mediante l'apposita modulistica anche gli incarichi extra-istituzionali per i quali non è prevista la preventiva autorizzazione".

Al fine di monitorare efficacemente l'applicazione di questa misura obbligatoria, e per venire incontro alle richieste dell'Autorità Anticorruzione, l'ufficio responsabile al rilascio delle autorizzazioni, presso la S.C. Servizio Amministrazione del Personale/S.S. Selezione e Gestione del Personale, predispone, entro il primo trimestre del 2015, una tabella, da tenere costantemente aggiornata in futuro, da cui si evincono i seguenti dati:

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

Per i rapporti tra l'autorizzazione di incarichi extraistituzionali e il revolving doors si rimanda al punto e) del presente capitolo.

d) Inconferibilità – incompatibilità ex D.lgs. n. 39/2013

In attuazione dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge anticorruzione, è stato approvato il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico". La ratio del succitato decreto mira a prevenire ogni possibile situazione di conflitto di interessi o comunque contrastante con il principio costituzionale di imparzialità. Vengono individuate una serie articolata e minuziosa di cause di inconferibilità e incompatibilità (con obbligo in questo secondo caso di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra l'uno e l'altro incarico). L'art. 15 del D.lgs. n. 39/2013 assegna al responsabile l'obbligo di garantire che la normativa sia rispettata, segnalando i casi di possibile violazione della norma all'Autorità Anticorruzione, all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, nonché alla Corte dei Conti.

Il decreto ha riservato due articoli alle aziende sanitarie (artt. 10 e 14), limitandosi, tuttavia, a trattare delle cause di incompatibilità delle figure di vertice: Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo. La Del n. 58/2013 dell'A.N.A.C. ha chiarito che "le cause di inconferibilità ed incompatibilità non possono essere applicate soltanto a detti soggetti [...]: "anche i dirigenti di distretto, i direttori di dipartimento e di presidio e, in generale, i direttori di strutture complesse (o Semplici Dipartimentali), rientrano sicuramente nel campo di applicazione della disciplina in esame". Unica eccezione viene riservata ai medici con incarico professionale o responsabili di S.S. inserite in SS.CC: solo questi soggetti sfuggono agli obblighi previsti dalla legge. Tutti gli altri, compresi i dirigenti sanitari non medici, ne sono assoggettati avendo anch'essi "responsabilità di amministrazione e gestione e non solo responsabilità professionale (art. 15 del D.lgs. n. 502/1992)".

Al fine di dare attuazione alle disposizioni previste dal D.lgs 39/13, nel corso del 2013, questa Azienda ha disposto le seguenti azioni:

- ai dirigenti, che rientrano nella sfera di applicazione della normativa in oggetto è stata chiesta una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, da rendersi ai sensi del DPR n. 445/2000, sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità di cui al citato decreto (art. 20 c. 1) nonché all'assenza delle cause di incompatibilità di cui al medesimo decreto, ovvero alla rimozione di queste ultime entro il termine di 15 giorni. Gli stessi soggetti dovranno presentare la medesima autocertificazione al momento della nomina e ogni anno di svolgimento dell'incarico (art. 20 c. 2);
- è stato ricordato a tutti i dirigenti che qualora rilasciassero affermazioni non rispondenti al vero non sarà possibile conferire alcun incarico per un periodo di cinque anni (ferma restando ogni altra responsabilità e nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio) e che l'inoltro dell'atto notorio di cui ai punti precedenti, costituisce condizione di efficacia dell'incarico (art. 20 c. 1).
- sono stati presi contatti con la S.S. Relazioni Esterne – URP per la pubblicazione nel sito web istituzionale delle dichiarazioni di cui al c. 1 art. 20 del D.lgs. n. 39/2013
- contestualmente il Responsabile della Prevenzione ha predisposto:
 - un circolare esplicativa sulle disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità del settore sanitario (con relative tabelle di sintesi allegate) nel tentativo di agevolare la comprensione di una normativa già di per sé complessa e che ha subito delle modifiche, anche sostanziali, nel corso del tempo,
 - un fac simile di dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità rispetto al conferimento di incarico dirigenziale resa ai sensi dell'art. 20 del D.lgs. n. 39/13.

La circolare ed il modello di autodichiarazione sono stati trasmessi ai dirigenti amministrativi, tecnici, professionali ed ai dirigenti medici, sanitari e responsabili di S.C. e S.S. Dipartimentali oltre ai Direttori di Distretto. Sono comunque visibili a tutti i dipendenti attraverso la rete intranet Aziendale.

e) Revolving doors o pantouflage

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

La prima (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, a ricoprire incarichi dirigenziali.

Un riferimento a questa disposizione è ravvisabile nell'art. 4 c. 2 del nuovo Codice di Comportamento Aziendale, il quale, con riferimento agli incarichi extra-istituzionali, precisa che "non sono ammessi gli incarichi da soggetto privato che abbia avuto nel corso del precedente biennio, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza".

Questa Azienda sta già monitorando l'applicazione del revolving ("preventivo") mediante la dichiarazione generale sulla inconfiribilità ed incompatibilità di cui si è fatto cenno al punto precedente del piano.

La seconda (revolving door "successivo") si può rintracciare nel nuovo comma dell'art. 53 del D.lgs 165/2001 innovato dalla L. n. 190/2012:

16-ter. I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

Il PNA a pag. 52 riporta la norma succitata chiarendo che "i predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi". Di conseguenza il PTPC del 2014 aveva già genericamente stabilito che al momento di assegnare un incarico ad un dirigente esterno la S.C. Amministrazione del Personale si accertasse del rispetto dell'art. 16 TER.

E' obiettivo del nuovo PTPC 2015 – 2017 quello di indicare nel corso dell'anno 2015 le azioni concrete per rendere attuabile il controllo del rispetto di questa norma. Esse prevederanno:

- L'inserimento nei contratti di assunzione del personale della clausola che precede il divieto di prestare attività lavorativa per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- Inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti anche mediante procedura negoziata, della condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non avere attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- Esclusione nelle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- Agire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53 c. 16 del D.lgs. n. 165/2001.

f) Whistleblower (Sentinella Civica)

Ai sensi dell'art. 54 – bis del D.lgs. n. 165/2001, fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei Conti, alla Autorità Anticorruzione, il dipendente (c.d. whistleblower) è invitato a segnalare anche al proprio Responsabile di Struttura eventuali condotte illecite e/o comportamenti sintomatici di episodi corruttivi imputabili al personale della A.S.L. n. 3 "Genovese", di cui sia venuto a conoscenza

Pertanto, si invitano tutti i dirigenti di questa Azienda al rispetto del c. 51 art. 1 della L. n. 190 e dell'art. 54 – bis del D.lgs. n. 165/2001, che tutelano il cosiddetto "whistleblower" ovvero quel dipendente che denuncia (esclusi i casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione) ai giudici (compresa la Corte dei Conti), all'Autorità Anticorruzione (ANAC) o segnali al proprio responsabile diretto "condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro". Esso "non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia".

Si sottolinea in questa sede come il legislatore abbia esteso il diritto di denuncia, così tutelata, a tutti i casi di situazioni illecite, non strettamente riconducibili al concetto penalistico di corruzione, in coerenza con le indicazioni e con lo spirito della normativa anticorruzione e con le interpretazioni più volte fornite dalla dottrina, dalla giurisprudenza e dalla Circolare n. 1 della DFP, di cui si è fatto cenno a pag. 4 del presente piano. Durante il successivo procedimento disciplinare, il segnalante ha diritto a mantenere l'anonimato, salvo che lo stesso non scelga diversamente o che non risulti strettamente indispensabile per la difesa dell'accusato. Si ricorda, inoltre, che per le denunce ex art. 54 non può essere concesso il diritto di accesso previsto dalla L. n. 241/90 art. 22.

Qualora il denunciante fosse vittima di discriminazione può rivolgersi non solo all'autorità giudiziaria, ma al DFP, anche tramite le organizzazioni sindacali. Riguardo a quest'ultimo punto il PNA precisa che "il dipendente che ritiene di avere subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della Prevenzione; questi valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la segnalazione [...]". Si rinvia alla fonte diretta per i dettagli della procedura (All.to 1 del PNA pag. 57-58). Essi devono comunque essere intesi come parte integrante del presente piano, considerata la delicatezza dell'argomento ed il particolare accento posto dalla norma alla tutela di questi soggetti.

Nel corso del 2014 sono state predisposte due procedure per dare attuazione a questa misura all'interno della Asl3: una atta a favorire la segnalazione di illeciti da parte di qualunque dipendente che venisse a conoscenza di fatti o situazioni illeciti; la seconda per tutelare il segnalante da eventuali ritorsioni a seguito della sua denuncia. Entrambe le procedure sono state inserite agli art. 8 e 13 del Codice di Comportamento Aziendale:

a) Procedura relativa alla segnalazione di illeciti:

Il whistleblower deve fornire tutti gli elementi utili a consentire a questa Azienda di procedere ai dovuti controlli, a riscontro della fondatezza dei fatti oggetto della segnalazione. A tal fine le segnalazioni di eventuali condotte illecite devono avvenire tramite apposito modulo, predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica” e pubblicato sul sito aziendale, sezione “Amministrazione Trasparente” sotto – sezione “Dati Ulteriori”.

Il modulo dovrà essere inviato via mail al proprio Responsabile di Struttura. Una denuncia inoltrata facendo uso di altri modelli o attraverso altre forme non verrà presa in considerazione.

Una volta ricevuto il modello della denuncia il Dirigente Responsabile di Struttura:

- a) condurrà una istruttoria per valutare la fondatezza della segnalazione;
- b) nel caso la denuncia si rilevasse fondata provvederà ad esercitare, a seconda dei casi, un’azione disciplinare interna ovvero ad inoltrare la pratica all’UPD, il quale, valuterà i presupposti per avviare un procedimento disciplinare nei confronti del dipendente sospettato di aver commesso un fatto illecito;
- c) segnerà i dati identificativi del segnalante per tutta la durata dell’istruttoria del procedimento ed in ogni contesto successivo alla segnalazione;
- d) tutelerà quel denunciante la cui identità fosse emersa, da eventuali misure o atteggiamenti discriminatori messi in atto nei suoi confronti, da parte di colleghi o Dirigenti esterni;
- e) informerà in ogni momento il Responsabile della Prevenzione della Corruzione sullo stato della pratica.

Qualora il presunto illecito fosse stato commesso dal Responsabile di Struttura presso cui lavora il “whistleblower”, il modulo di segnalazione deve essere trasmesso al Dirigente sovraordinato e per conoscenza all’UPD. Il Dirigente sovraordinato svolgerà i compiti di cui alle lettere a, b, c, d, e) del presente comma.

Qualora il presunto illecito fosse stato commesso da un Dirigente apicale o dai vertici della dirigenza il modulo di segnalazione deve essere trasmesso direttamente all’UPD, il quale, a seguito di opportuna istruttoria di cui alla lett. a), valuterà i presupposti per avviare un procedimento disciplinare nei confronti del Dirigente apicale sospettato di aver commesso un fatto illecito.

Qualora fosse un collaboratore esterno di cui al c. 2 art. 2 del presente Codice, a segnalare un fatto illecito di cui fosse venuto a conoscenza all'interno di questa amministrazione, il modulo di segnalazione deve essere trasmesso all'UPD, il quale, a seguito di opportuna istruttoria e a seconda del ruolo rivestito dal dipendente accusato, valuterà i presupposti per avviare un procedimento disciplinare ovvero trasmetterà la pratica al Dirigente competente per lo svolgimento delle attività di cui alle lett. a, b, c, d, e) del presente comma.

In ogni caso, l'UPD, sia nella fase istruttoria sia durante il procedimento, è tenuto a tutelare l'anonimato del segnalante a meno che, in base alle memorie difensive dell'incolpato, non risulti che la conoscenza dell'identità del segnalante sia assolutamente indispensabile per esercitare il proprio diritto di difesa. Pertanto, salvo quanto sopra indicato, la denuncia è sottratta all'accesso ex art. 22 e seguenti della L. n. 241/90. Le disposizioni a tutela dell'anonimato e di esclusione dell'accesso documentale non possono comunque essere riferibili a casi in cui, in seguito a disposizioni di legge speciale, l'anonimato non può essere opposto, come a mero titolo esemplificativo e non tassativo, nel caso di indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni.

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

b) Procedura relativa alla tutela del denunciante

In caso discriminazioni subite in seguito ad una segnalazione di illecito, il dipendente oggetto di discriminazione, è invitato ad informare quanto prima il R.P.C., il quale a sua volta secondo le disposizioni del vigente PNA all.to n. 1, valutata la fondatezza della denuncia, avvisa il Dirigente responsabile della Struttura presso cui il dipendente, che lamenta la discriminazione, presta servizio. Il suddetto dirigente, valutata la fondatezza della denuncia, si atterrà al seguente protocollo:

I Dirigenti che ricevono dal Responsabile della Prevenzione la notifica che un loro dipendente ha denunciato di essere sottoposto ad atti discriminatori per aver segnalato un fatto illecito, devono, valutare tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa e valutare la sussistenza degli estremi per:

- 1) avviare direttamente il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- 2) rendere nota la discriminazione all'UPD, il quale valuti la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente sospettato di aver commesso la discriminazione;
- 3) segnalare la discriminazione alla S.C. Servizio Legale affinché valuti la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine di questa Azienda;
- 4) tenere aggiornato il Responsabile della Prevenzione sulle azioni intraprese per far fronte alla discriminazione. Il Responsabile della Prevenzione può verificare che il Dirigente abbia effettivamente adottato tutte le misure necessarie per ripristinare la situazione e/o rimediare agli effetti negativi della discriminazione.

Qualora fosse il Dirigente Responsabile della Struttura del denunciante ad essere sospettato di aver operato la discriminazione, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, informerà l'UPD e trasferirà la pratica al Dirigente sovraordinato, il quale, dopo aver ricevuto la segnalazione ed averne verificato l'attendibilità, svolgerà le attività di cui all'art. 13 c. 14 del Codice di comportamento interno. Qualora fosse il Dirigente apicale, o i vertici dell'Azienda, ad essere sospettati di avere operato la discriminazione, il Responsabile della Prevenzione svolgerà direttamente le attività di cui ai punti 1, 2 e 3. La violazione degli obblighi di riservatezza e di mancata tutela fornita al "whistleblower" comporta responsabilità disciplinare, salva eventuale responsabilità civile e penale del Dirigente.

In caso di inerzia da parte del Dirigente, è il Responsabile della Prevenzione della Corruzione a predisporre le azioni di cui al c. 15. Salva l'eventuale responsabilità penale, il Responsabile segnala i casi di inadempimento degli obblighi spettanti ai Dirigenti, all'UPD, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare.

Le summenzionate procedure, i riferimenti normativi sono reperibili al seguente link della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web dell'Azienda:
<http://www.asl3.liguria.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti.html>

Sentinella Civica - c.d. whistleblower

- ▼ "Whistleblowing": contesto internazionale e italiano (prima della L. n. 190/2012). Tratto dal "Rapporto della Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione" istituita con Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione del 23/12/2011

 (1867.55 Kb)

- ▼ Art. 54 – bis D.lgs. n. 165/2001:"Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" (inserito dall'art. 1 c. 51 della L. n. 190/2012)

 (100.09 Kb)

- ▼ Le indicazioni tratte dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

 (1110.18 Kb)

- ▼ Le indicazioni tratte dall'all.to. 1 del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

 (85.27 Kb)

- ▼ La disciplina del "whistleblower" prevista in Azienda: Art 8 e art. 13 del Codice di Comportamento Aziendale adottato con Del. n. 713 del 14/11/2014

 (32.37 Kb)

- ▼ Modello per la segnalazione degli illeciti (predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica DFP)

 (142.85 Kb)

Scarica tutti i file, con piu' di un'occorrenza, in formato ZIP **10 MB** totali:

pdf, doc, xls, rtf, zip, i formati disponibili per lo zip



f) Realizzazione di un sistema di monitoraggio dei procedimenti e del rispetto dei termini previsti dalla legge o dal regolamento per la conclusione dei procedimenti.

L'art. 1 c. 9 L. n. 190/2012 richiede di monitorare "il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti". Tale obbligo viene meglio precisato al comma 28:

"le amministrazioni provvedono altresì al monitoraggio periodico dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio sono consultabili nel sito web istituzionale di ciascuna amministrazione".

Nel rispetto del principio di gradualità, nell'applicazione delle misure volte al contrasto della corruzione, il sistema di monitoraggio richiesto sarà attuato in fasi successive, alcune delle quale si sono appena concluse ed altre stanno per prendere avvio:

- 1) nel corso del 2013 la dirigenza è stata informata della normativa inerente al riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità e trasparenza del D.lgs n. 33/2012, disponendo di verificare, tra la serie di documenti, informazioni e dati presenti nell'allegato al decreto, quelli di competenza di ognuno. Tra i dati obbligatori figurano anche quelli relativi ai procedimenti amministrativi (art. 35).
- 2) Successivamente, ai fini di garantire una certa omogeneità, ed anche per agevolare gli uffici nell'individuazione dei dati da raccogliere, si è approntato uno schema su tutte le informazioni richieste dall'art. 35 ai fini della mappatura dei procedimenti presenti in Asl3:

<i>Descrizione e normativa di riferimento del procedimento</i>
<i>Unità organizzativa responsabile dell' istruttoria</i>
<i>Responsabile del procedimento (recapito telefonico, casella di posta elettronica istituzionale)</i>
<i>(se Responsabile diverso) L'ufficio competente l'adozione del provvedimento finale e il relativo responsabile, compreso recapito telefonico/email</i>
<i>Modalità per acquisire informazioni in merito al procedimento in corso</i>
<i>Termine per la conclusione (con indicazione se il procedimento termina con un atto, con una dichiarazione dell'interessato, con il "silenzio assenso)</i>

<i>Strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale riconosciuti dalla legge nei confronti del provvedimento finale e/o per richiedere la conclusione del procedimento</i>
<i>Modalità di pagamento, IBAN di riferimento per il conto di pagamento, tesoreria, conto corrente postale, codice identificativo di pagamento</i>
<i>Soggetto con potere sostitutivo (recapito telefonico, casella di posta elettronica istituzionale)</i>
<i>(Se procedimenti su istanza di parte) atti e documenti da allegare all'istanza, la modulistica, i facsimile di autocertificazioni (indicando il link del sito Aziendale da cui scaricarli)</i>

- 3) E' stato, quindi, richiesto a tutti i responsabili di censire i procedimenti afferenti alle proprie strutture, eventualmente riprendendo e se il caso aggiornando, mappature effettuate in epoche precedenti, secondo lo schema succitato.
- 4) Conclusa la fase della mappatura e del monitoraggio dei procedimenti, è previsto nel corso del 2014 l'avvio del monitoraggio riguardante la scadenza dei termini. Si stabilisce che sia cura dei Responsabili delle strutture (semplici, complesse, dipartimentali) il monitoraggio della conclusione dei procedimenti e che ciò avvenga a scadenza trimestrale. Una ricognizione costante dovrebbe garantire l'eliminazione di eventuali anomalie, consentendo contemporaneamente al cittadino di conoscere lo stato del procedimento che lo interessa nel rispetto del principio di trasparenza. Per dare concreta attuazione a quanto esposto ed assicurare un adeguato ed uniforme monitoraggio si prevede di:
- a. Predisporre una tabella denominata "Monitoraggio Termini Procedimenti Amministrativi per il I, II, III, IV trimestre dell'anno", in cui i singoli dirigenti responsabili attestino il numero di procedimenti amministrativi conclusi, quelli conclusi entro i termini disposti dalla legge e quelli conclusi con ritardo.
 - b. Predisporre una seconda tabella denominata "Monitoraggio Procedimenti Amministrativi conclusi con ritardo", nella quale gli stessi responsabili dovranno denominare unicamente i procedimenti conclusi oltre i tempi di legge, i motivi che hanno portato allo scostamento, e i correttivi che si intende mettere in piedi per allinearsi alla tempistica richiesta.
 - c. Pubblicare le tabelle di cui alle lett. a e b) sia sulla rete intranet Aziendale, sia nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web

- d. Informare tutte le strutture di questa Asl3, chiedendo di compilare in ogni sua parte le summenzionate tabelle, di firmarle, protocollarle e di inviarle, in formato aperto, esclusivamente via mail, sia alla responsabile della prevenzione, in qualità di soggetto chiamato a verificare dell'efficace attuazione delle misure di prevenzione e del rispetto degli obblighi di trasparenza , sia alla SS. Redazione Sito perché le periodiche risultanze del monitoraggio vengano pubblicate ai sensi dell'art. 35 c. 1 del D.lgs n. 33/2013.

Nel corso del 2014 i punti summenzionati sono stati rispettati e il monitoraggio ha preso concretamente avvio secondo le indicazioni prestabilite. Gli uffici coinvolti sono tutti quelli coinvolti nella gestione del rischio:

Monitoraggio tempi procedurali



- **Dipartimento Amministrativo: monitoraggio procedimenti 2014**
- **Dipartimento Economico Gestionale: monitoraggio procedimenti 2014**
- **Dipartimento Cure Primarie (distretti sanitari): monitoraggio procedimenti 2014**
- **Dipartimento Infrastrutture: monitoraggio procedimenti 2014**
- **Presidio ospedaliero unico: monitoraggio procedimenti 2014**

g) **Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione. Controlli sui procedimenti penali**

Nelle more dell'adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione è stato comunicato alla S.C. Amministrazione del Personale il disposto dell'art. 35 bis ex D.lgs. n. 165/2001, richiedendo che tali disposizioni siano tenute sempre presenti in riferimento ai procedimenti relativi:

Articolo 35-bis. Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici (154)

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

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

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

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

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

Si ricorda che l'accertamento sui precedenti penali deve avvenire mediante accertamento di ufficio o mediante autocertificazione degli interessati.

Il PNA richiede a tutte le amministrazioni di impartire direttive interne per effettuare i controlli sui procedimenti penali e per le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo di controllo. Ancor prima della adozione del piano nazionale questa Azienda, consapevole della necessità di ottenere un quadro aggiornato della situazione all'interno della propria complessa ed articolata organizzazione, ha provveduto ad effettuare un monitoraggio, riferito agli ultimi tre anni, e relativo ai seguenti dati:

- 1) denunce per presunti casi di corruzione;
- 2) avvio indagini su presunti casi di corruzione;
- 3) indagini concluse su casi di corruzione con provvedimenti giudiziari a carico di dipendenti;
- 4) promozione di provvedimenti disciplinari a carico di dipendenti

A seguito delle risposte fornite si evidenzia che “nell’ultimo triennio non sono stati notificati avvisi delle parti di fissazione di udienze preliminari a carico di dipendenti per il reato di corruzione”.

h) 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.

Questa disposizione ha trovato attuazione con l’aggiornamento del Codice di comportamento interno adottato con Del .n. 713 del 14/11/2014 e precisamente al c. 4 dell’art. 15 laddove sono stati individuati i compiti dell’UPD in relazione alle attività di prevenzione della corruzione. 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, entro il 30 novembre di ogni anno, delle schede annuali da trasmettere al RPC, 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 più puntuale si prevede di fissare incontri trimestrali tra il RPC e l’UPD al fine di monitorare con più puntualità la situazione dei procedimenti disciplinari.

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

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

I dati relativi al biennio 2013-2014 sono reperibili scaricando la relazione annuale all'indirizzo:

<http://www.asl3.liguria.it/component/publiccompetitions/document/2542.html?view=document&id=2542:relazione-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione-recante-i-risultati-dell'attività-svolta-nell'anno-2014-pubblicato-il-29-12-2014&Itemid=439>

8) Obiettivi programmatici previsti nel corso del 2014 - 2016: rendiconto degli obiettivi raggiunti

Di seguito sono riportati gli obiettivi fissati con il PTPC 2014 che si sono realizzati secondo i tempi previsti o che, comunque, sono stati raggiunti prima dell'aggiornamento del piano:

ATTIVITA'	TIPOLOGIA	CONCLUSIONE PREVISTA	CONCLUSIONE EFFETTIVA
notifica telematica al DFP e altre comunicazioni	adempimenti di legge	20/02/2014	20/02/2014
Comunicazione ai Referenti della nomina e descrizione incarico e compiti	organizzazione	17/03/2014	17/03/2014
Aggiornamento del Codice	codice	28/11/2014	14/11/2014

Individuazione misure di prevenzione specifiche area a rischio alto – medio	gestione rischio (trattamento del rischio)	30/06/2014	15/01/2015
Sollecito all'analisi del rischio da parte delle strutture inadempienti	gestione rischio	08/02/2014	08/02/2014
Preparazione corso di formazione di livello generale FAD	formazione	06/05/2014	06/05/2014 (attivato il 09/01/2015)
Realizzazione corsi specifici x aree a rischio	formazione	30/06/2014	30/06/2014
Individuazione dei soggetti a cui viene erogata la formazione	formazione	22/03/2014	Verso fine ottobre 2014
Whistleblower: introduzione dei canali di comunicazione	misure di prevenzione obbligatorie	13/06/2014	14/11/2014
Monitoraggio tempi dei procedimenti	misure di prevenzione obbligatorie	16/02/2014	16/05/2014
Controllo adempimento obblighi di trasparenza	trasparenza	25/03/2014	Controllo effettuato periodicamente
Giornata della trasparenza	trasparenza	14/06/2014	07/11/2014
Acquisizione di tutti atti notori: incompatibilità	misure di prevenzione obbligatorie	24/04/2014	24/04/2014

Tabella n. 6: Obiettivi realizzati nel 2014

Nella tabella sottostante sono indicati i due obiettivi di cui nel PTPC 2014 si ipotizzava la realizzazione nel corso del 2014 e che, invece, sono slittati al 2015:

ATTIVITA'	TIPOLOGIA	CONCLUSIONE PREVISTA DAL P.T.P.C. 2014 - 2016	CONCLUSIONE PREVISTA DAL P.T.P.C. 2015 - 2017
<i>Monitoraggio e verifica dei conflitti di interesse</i>	<i>misure di prevenzione obbligatorie</i>	<i>16/05/2014</i>	<i>entro il 2015</i>
<i>Revolving doors (pantouflage) successivo</i>	<i>misure di prevenzione obbligatorie</i>	<i>31/07/2014</i>	<i>entro il 2015</i>

Tabella n. 7: Obiettivi non realizzati nel 2014

9) Ulteriori obiettivi previsti nel corso del 2015 - 2017

Di seguito si elencano i nuovi obiettivi previsti per il periodo 2015 – 2017:

ATTIVITA'	TIPOLOGIA	CONCLUSIONE PREVISTA
Corso FAD sintetico da estendere a tutti i dipendenti dell'Azienda	Formazione	dicembre 2015
Predisposizione e pubblicazione trimestrale a di una tabella relativa ai dati relativi agli incarichi extraistituzionali come da art. 7 lett. c del presente Piano	Misure di prevenzione obbligatorie	fine giugno 2015
Realizzazione schede sui procedimenti disciplinari e monitoraggio trimestrale come da cap 7 lett. 1 del presente Piano	Codice	aprile 2015
Giornate della Trasparenza (vedi P.T.P.I)	Trasparenza	ogni anno (la prossima prevista entro dicembre 2015)
Adempimenti trasparenza ex artt. 26 e 27 del D.lgs n. 33/2013	Trasparenza	maggio 2015
Realizzazione di un sistema di monitoraggio ex art. 1 c. 9 lett e) L. n. 190/2012	Organizzazione	entro il 30 novembre 2015 con la trasmissione al RPC della relazione dei Referenti (vedi cap 3 lett. b e cap 10 del presente Piano)
Affinamento del processo sul trattamento del rischio 2014 aggiornandolo e, se il caso, individuando nuove "misure ulteriori"	Gestione del rischio	dicembre 2015
Coinvolgimento di nuove strutture nell'analisi e nella valutazione del rischio	Gestione del rischio	settembre 2015

Monitoraggio sull'attuazione del piano anticorruzione e del Codice di comportamento	Obblighi di legge	entro la fine del 2015
Aggiornamento Codice di Comportamento a procedura aperta come stabilito dall'art. 17 del Codice di comportamento interno vigente	Codice	entro il 14/11/2017
Aggiornamento link modulistica sez "Attività e procedimenti"	Trasparenza	entro marzo 2016
Aumentare "l'elaborabilità" dei documenti a pubblicità obbligatoria attraverso la creazione di formati aperti (.ods, .ccsv, pdf non img. ccc..)	Trasparenza	Entro dicembre 2017

Tabella n. 8: Obiettivi previsti per il 2015 - 2017

Di seguito sono indicati altri due obiettivi la cui effettiva realizzazione ed applicazione all'interno dell'Azienda verrà valutata di concerto con la Direzione Aziendale e le strutture interessate. La loro effettiva realizzazione avverrà non prima del 2016:

a. Patti di integrità negli affidamenti

Sono previsti dall'art. 1 c. 17 della L. n. 190/2012. In realtà la norma non li ritiene obbligatori, per cui, anche in considerazione delle numerose incombenze anticorruzione in capo alle amministrazioni, nella prima redazione del programma non sono stati introdotti. Tuttavia, considerato il rilievo assegnato dal PNA (Tavola n. 14 del PNA) a queste misure di prevenzione, si stabilisce nel corso del 2015-2016, di coinvolgere le strutture tecniche di competenza per verificare l'eventualità di introdurli nelle procedure di gara di questa Azienda. In particolare verrà valutato se le altre misure, già previste dal Codice degli Appalti, siano effettivamente applicate e sufficienti da sole ad arginare i rischi di corruzione. In caso si ritenesse opportuno applicare anche la disposizione del c. 17 della legge 190, gli avvisi, i bandi di gara o le lettere di invito futuri conterranno la previsione che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli o nei patti sarà clausola di esclusione della gara.

Preliminarmente sarà condotta un'indagine per accertarsi dei risultati che questa iniziativa sta ottenendo tra gli enti pubblici che fin d'ora ne stanno facendo ricorso

b. Azione di sensibilizzazione con la società civile

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

Uno degli obiettivi strategici, come già enunciato all’inizio del presente piano, è quello di fare emergere i fatti di corruzione o di cattiva amministrazione. Secondo l’Europa il raggiungimento di questo obiettivo è attuato anche col concorso di soggetti esterni all’amministrazione, ai cittadini, agli utenti, agli assistiti nel caso del SSN

Al di là del coinvolgimento previsto dai portatori di interesse in riferimento all’aggiornamento del presente piano, del Codice di Condotta e della “giornata della Trasparenza” di cui si tratterà nella sezione II di questo testo, si prevede di pianificare, per il 2016 adeguate misure di sensibilizzazione della cittadinanza “finalizzate alla promozione della cultura dell’integrità e della legalità, istituendo stabili canali di comunicazione per ricevere, anche dall’esterno segnalazioni relative ad episodi di cattiva amministrazione, corruzione, conflitti di interesse (bozza del PNA Seconda Sezione). In particolare, si prevede di approntare dei questionari ad hoc per valutare il livello di corruzione percepita all’interno di questa amministrazione.

Nelle iniziative di cui al paragrafo precedente, saranno prese adeguate misure per coinvolgere gli URP. Infatti, come indicato sullo stesso piano nazionale, essi “rappresentano per missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza” (pag. 61 del PNA e pag. 9 di questo P.T.P.C.).

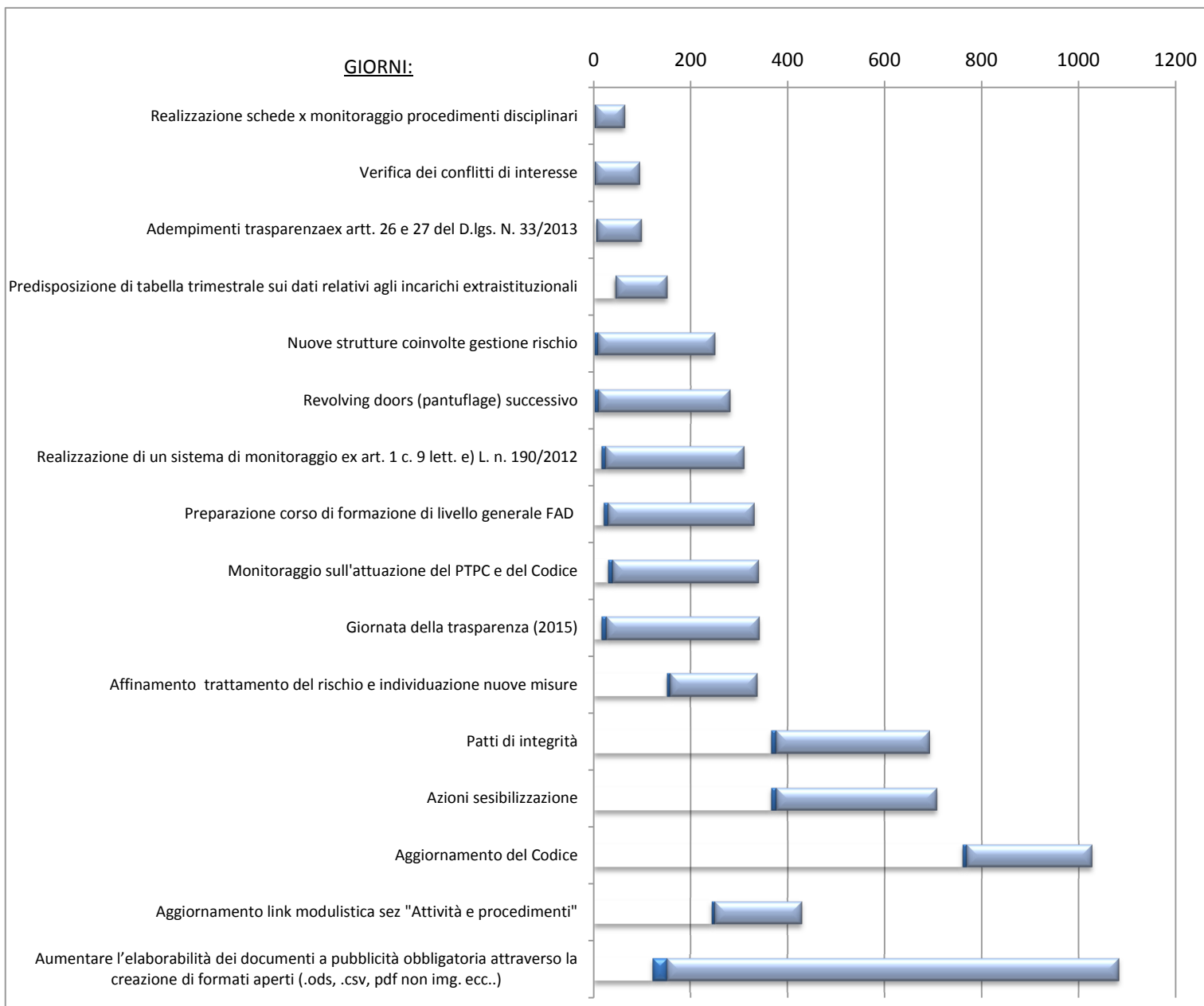


Tabella n. 9: Diagramma di Gantt sugli obiettivi principali che si prevede di realizzare nel triennio 2015 - 2017, ordinati in base alla tempi di conclusione.

10 Monitoraggio sull'attuazione del P.T.P.C. Individuazione dei Referenti, dei tempi e delle modalità di informativa.

a) Individuazione dei referenti:

Richiamando l'art. 3 lett. c) del presente piano, si stabilisce di nominare come Referenti, i cui compiti sono stati già precisati anche dalla nota prot. n. 27739 del 27/02/2014 a cui si rinvia, i Direttori Responsabili delle seguenti strutture aziendali:

DIPARTIMENTO	S.C.
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	S.C. AFFARI LEGALI
PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO	S.C. CURE PRIMARIE
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
DIPARTIMENTO ECONOMICO GESTIONALE	
DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE	
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 8 - PONENTE	
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 9 - MEDIO PONENTE	
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 10 - VALPOLCEVERA E VALLE SCRIVIA	
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 11 - CENTRO	
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 12 - VALBISAGNO VALTREBBIA	
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 13 - LEVANTE	
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	

Tabella n. 10: Individuazione dei Referenti

b) Monitoraggio sull'attuazione del P.T.P.C. 2015 – 2017:

In considerazione del perimetro organizzativo di questa Azienda, connotato da elevata complessità e specificità dei processi e delle funzioni, per attuare efficacemente il monitoraggio del P.T.P.C. 2015 – 2017 e del Codice di Comportamento risulta, fondamentale l'apporto ed il fattivo coinvolgimento dei dirigenti dell'Azienda, per il tramite dei Referenti, chiamati a collaborare strettamente con il R.P.C. relazionandolo costantemente sull'applicazione corretta del piano e del codice, segnalando eventuali problematiche, suggerendo modifiche o innovazioni (si rimanda anche al cap. 3 relativo alle competenze dei soggetti coinvolti)

Il monitoraggio complessivo sull'attuazione delle norme previste dal PTPC nonché delle misure di prevenzione obbligatorie, trasversali previste in azienda non è altro che la somma dei monitoraggi compiuti dai referenti all'interno dei propri dipartimenti e strutture complesse. I contenuti dei singoli monitoraggi sono comunicati al RPC dai Referenti, attraverso la compilazione di specifica reportistica a cadenza fissa, che di seguito viene meglio precisata :

- Invio al RPC di due comunicazioni formali, la prima entro il 30/06/2015, la seconda entro il 15/12/2015, che attestino che i documenti obbligatori di competenza del proprio Dipartimento sono stati pubblicati secondo le disposizioni di cui al D.lgs. n. 33/2013 e le linee guida emesse dall'Autorità Anticorruzione, segnalando quali documenti non risultano ancora pubblicati o pubblicati in modo completo;
- Predisposizione di una relazione annuale in cui vengano precisate le attività svolte dai dirigenti, sotto-ordinati ai Referenti, riguardo da un lato alle attività di prevenzione della corruzione e, dall'altro, alla corretta applicazione del Codice di Comportamento ed, in particolare degli artt. 4, 5, 6, 7 e 13. La relazione deve essere trasmessa entro il 15/12/2015. I contenuti e le modalità di compilazione della relazione saranno dettagliatamente precisate dal RPC, mediante nota formale trasmessa ai Referenti, nel corso di ogni anno;
- Trasmissione, secondo le indicazioni e la tempistica fornite dal RPC, nel corso dell'anno, dei documenti e delle tabelle relative alla revisione della gestione del rischio: l'analisi dei processi, la valutazione ed il trattamento del rischio, ponendo particolare attenzione all'individuazione delle misure ulteriori e relazionando il RPC sulle modalità e sulle eventuali criticità riscontrate riguardo all'applicazione delle misure di prevenzione dei rischi dei procedimenti a rischio di cui all'all.to n. 2 del presente piano (grado di realizzazione delle misure previste, rispetto della tempistica ipotizzata, indicazione degli atti eventualmente adottati e dei relativi estremi).

Tutte le comunicazioni di cui ai punti sopra dovranno essere trasmesse direttamente dai Referenti Aziendali e inoltrate esclusivamente via mail all'indirizzo: prev.corr@asl3.liguria.it

SEZIONE II:

**PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E
L'INTEGRITA'**

2015 - 2017



1) Organizzazione e funzioni dell'amministrazione

L'Azienda Sanitaria Locale n. 3 "Genovese" è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, in base all'art. 3, comma 1 bis, del D.lgs. n. 502/92. La sua organizzazione e le sue funzioni sono individuate e disciplinate con atto Aziendale di diritto privato (art. 3 c. 1-bis D.lgs n. 502/1992). Ad esso, pertanto si rimanda per un approfondimento sull'assetto organizzativo dell'ente:

http://www.asl3.liguria.it/doc/pdf/atto_Aziendale210613.pdf

E' possibile reperire una rappresentazione grafica dell'organigramma Aziendale a questo link:

http://www.asl3.liguria.it/doc_op_trasparenza/organigramma_rev.pdf

2) Procedimento di elaborazione e adozione del Programma

Introduzione:

La trasparenza costituisce uno dei principi fondamentali e una delle misure obbligatorie per prevenire la corruzione, intesa nella sua accezione più ampia, ovvero come qualsiasi situazione che possa provocare un malfunzionamento dei servizi e un distorto e cattivo utilizzo delle risorse pubbliche.

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. Questo concetto è stato ripreso e rafforzato dal ~~nuovo~~ D.lgs. 33/1013 rubricato "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni". Con queste norme il legislatore ha ritenuto che la pubblicazione costante e tempestiva di informazioni sulle attività poste in essere dalle PP.AA. agevoli forme di controllo diffuso anche da parte di soggetti esterni e svolga un'importante azione deterrente per eventuali condotte illegali o irregolari. Questa azienda ha pertanto recepito le disposizioni del D.lgs n. 33/2013, la cui attuazione è stata demandata al Responsabile della Trasparenza (da ora chiamato Responsabile), individuato con Del. n. 206 dell'08/05/2013. Esso svolge anche le funzioni di Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Tale sovrapposizione degli incarichi, suggerito del resto dalla normativa, mira a facilitare un efficace coordinamento tra l'attività di prevenzione e quella della trasparenza.

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

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

a. Gli obiettivi strategici

L'obiettivo ideale a cui la pubblica amministrazione tende nel garantire il principio della trasparenza è riassunto dalla massima secondo la quale

dove un superiore pubblico interesse non imponga un segreto momentaneo, la casa dell'amministrazione dovrebbe essere di vetro

(Filippo Turati).

La promozione della trasparenza e dell'integrità è considerato un obiettivo prioritario dell'Asl3 Genovese. 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).

Con la redazione e l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) questa Azienda dà attuazione alla trasparenza, che il D.lgs. n. 33/2013, allineandosi al concetto già affermato dal D.lgs. n. 150/2009 definisce come "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art. 1 c. 3 del D.lgs. n. 33/2013: "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni").

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

Questa Azienda ha inteso redigere il presente programma in conformità con il D.lgs. n. 33/2013 e con la successiva e ad essa conseguente Del. n. 50/2013 dell'Autorità Anticorruzione (ex C.IV.I.T. ora A.N.A.C.), avente ad oggetto le "Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016".

b. I collegamenti con il Piano della performance

L'attuazione della disciplina della trasparenza non si esaurisce con la mera pubblicazione on line di alcune categorie di dati.

“La pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi, infatti, si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del miglioramento continuo dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse (stakeholder)” (Del. CIVIT n. 105/2010) La trasparenza, deve essere vista, pertanto, sia come la base per la pianificazione strategica del ciclo della gestione della performance sia come lo strumento che, attraverso la sezione “Amministrazione Trasparente” consenta di rendere pubblici ai cittadini (definiti stakeholder o portatori di interessi) i contenuti del Piano e della Relazione sulla performance

Riconoscendo le stretta correlazione tra i diversi strumenti della programmazione previsti per le pubbliche amministrazioni, migliorando la comunicazione ai propri portatori di interesse dei risultati raggiunti in termini di performance è possibile garantire adeguati livelli di servizio, un miglior impiego delle risorse e, di conseguenza, performance elevate.

Di conseguenza la costruzione di una stretta sinergia tra trasparenza e performance si esplica attraverso questi obiettivi:

- 1) Implementazione della sezione del sito aziendale “Amministrazione Trasparente” e aggiornamento dei dati di pubblicità obbligatoria alla luce delle nuovi obblighi ex D.lgs. n. 33/2013. La pubblicazione on line dei dati, infatti, è il primo passo per consentire ai cittadini/assistiti di formarsi “un'idea” delle attività, dei compiti dell'Azienda.
- 2) Pubblicità dei dati riferiti al ciclo della Performance, con “particolare attenzione agli “outcome e ai risultati desiderati/conseguiti”. La pubblicità dei dati specifici riferiti alla performance consente ai cittadini (portatori di interesse) una conoscenza più approfondita dell'azione dell'ente, in termini di rendimento aziendale e di quello dei dipendenti ivi impiegati.
- 3) Comunicazione ai cittadini (portatori di interesse) degli obiettivi di pubblicità raggiunti e quelli stabiliti per il medio/lungo periodo.
- 4) Illustrazione semplice e “trasparente” ai cittadini (portatori di interesse) del significato dei termini e del contenuto dei documenti relativi al ciclo della performance e pubblicati sul sito internet. Lo scopo fondamentale di questo obiettivo è quello di mettere in condizione chiunque dall'esterno di capire le scelte strategiche dell'Azienda, di comprendere gli obiettivi prefissati ed effettivamente conseguiti, e quelli attesi e non realizzati, di conoscere la valutazione dei dirigenti e dei dipendenti del comparto ed il loro trend nel

corso degli anni, affinché chiunque possa “giudicare” con cognizione di causa il lavoro dell’Azienda, criticarne costruttivamente le attività svolte, proporre, eventualmente, delle iniziative, nell’ottica di portare a realizzazione il “profilo dinamico” della trasparenza.

- 5) Collegamento tra i dati relativi ai processi con quelli connessi ai tempi di conclusione dei procedimenti in modo da rendere semplice e di immediata intelligenza agli utenti i dati ed i procedimenti principali dell’Azienda

OBIETTIVI	INDICATORI (MISURE)	TARGET 2013	TARGET 2014 (31/01/2015)
1) PUBBLICAZIONI DATI SU AMM.NE TRASPARENTE	SPECIFICHE DISPOSIZIONI ORGANIZZATIVE ATTAVERSO INCONTRI E FORMAZIONE	60%	100%
	PUBBLICAZIONE DATI DI PARTICOLARE INTERESSE PER I CITTADINI	80%	100%
	ATTESTAZIONE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE SULLA VERIDICITA' DEI DATI DI CUI ALL'ALL.TO 1 D.LGS. N. 33/2013	0%	100%
	AGGIORNAMENTO DELLA SOTTO – SEZIONE: “SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI “	0%	10%
2) PUBBLICAZIONE DATI CICLO PERFORMANCE	CONTATTI CON LA STRUTTURA COMPETENTE PER LA TRASMISSIONE DEI DOCUMENTI	60%	100%
	AVVIO DEL PROGRAMMA PER L'IMPLEMENTAZIONE IN AZIENDA DEL “BENESSERE ORGANIZZATIVO”	0%	50%
3) COMUNICAZIONE AI PORTATORI DI INTERESSE SUGLI OBIETTIVI DELLA TRASPARENZA	INCONTRO CON IL COMITATO PARITETICO CONSUNTIVO	0%	100%
	GIORNATA DELLA TRASPARENZA	0%	100%
	CODICE DI COMPORTAMENTO INTERNO. PROCEDURA APERTA PER L'AGGIORNAMENTO	50%	100%
4) COMUNICAZIONE AI PORTATORI DI INTERESSE SUL CICLO DELLA PERFORMANCE	GIORNATA DELLA TRASPARENZA	0%	100%

Tabella n. 11: Obiettivi sulla trasparenza del 2014

Nel Piano della Performance sono raccolte ed organizzate razionalmente tutte queste informazioni: “il Piano è lo strumento per rappresentare, in modo trasparente e comprensibile agli stakeholder, qual è l’identità dell’Azienda, quali sono le attività svolte, dove vogliamo arrivare e in

quale modo, come misuriamo e valutiamo le azioni poste in essere” (Presentazione del Piano pag. 6). Con Del . n 790 del 18/12/2013 l’Azienda ha adottato il Piano della Performance 2013 – 2015.

Il Piano è’ scaricabile alla seguente pagina:

http://delibere.asl3.liguria.it/pdf/deliberazioni/2013/2013_790_1_31_Pubblico.pdf

c. Termini e modalità di adozione del Programma

Il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione proporrà l’aggiornamento del programma, basandosi sui contenuti del precedente P.T.P.I. 2014 - 2016, ai vertici amministrativi di questa Azienda per l’approvazione formale entro il 31/01/2015. Come previsto dalla delibera n. 50/2013, il testo del programma triennale adottato verrà pubblicato sul proprio sito istituzionale nella sotto-sezione “Disposizioni generali-Programma per la trasparenza e l’integrità”. La pubblicazione sul portale internet avrà valore di notifica anche nei confronti dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.).

3) Iniziative di comunicazione: La giornata della Trasparenza

Questa Azienda ha organizzato nel corso del 2014 una “giornata della trasparenza” per presentare il Piano della Performance e il Programma per la trasparenza del triennio 2013/2016 e favorire il coinvolgimento e l'informazione dei principali portatori di interesse (cosiddetti stakeholder).

La Giornata della Trasparenza 2014 non è stata organizzata solo per assolvere ad un preciso obbligo di legge, ovvero comunicare a tutti i “portatori di interesse” le informazioni in materia di trasparenza e performance aziendale, ma anche aprire le porte della Azienda Sanitaria Locale Genovese ai cittadini ed a coloro che li rappresentano.

Pertanto sono stati illustrati i servizi, gli strumenti ed i canali di comunicazione che abbiamo predisposto nel tentativo di rendere la nostra Asl una “casa di vetro”, con la speranza di favorire il dialogo e l'interazione con i nostri utenti.

Nell'applicazione della normativa si è cercato di non dimenticarne mai il suo spirito profondo: che il buon andamento di una pubblica amministrazione deve passare necessariamente per la trasparenza, per la misurazione dei risultati per l'innovazione tecnologica.

La Giornata della Trasparenza della nostra Azienda ha voluto essere un segnale di completa apertura nei confronti delle istanze dei cittadini e delle organizzazioni che li rappresentano e dell'impegno per la trasparenza ed integrità dell'organizzazione nei loro confronti.

I contenuti, le proposte e gli spunti emersi durante il confronto verranno utilizzati in sede di aggiornamento dei piani, per il miglioramento dei livelli di trasparenza e per rendere la burocrazia più snella e meno formale.

Nel 2015 sarà organizzata una nuova giornata della Trasparenza, cercando di favorire un maggiore coinvolgimento della cittadinanza e dei portatori di interesse.

4) Informatizzazione del flusso della pubblicazione dei dati

L'informatizzazione del flusso dei dati a pubblicità obbligatoria ex D.lgs. n. 33/2013 è garantita dall'utilizzo dell'applicazione web denominata "Readmine", 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.

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

- dalla chiarezza nell'esposizione del problema da parte dell'utente;
- dalla 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;
- dalla 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).

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

L'attività di pubblicazione è affidata alla S.S. Relazioni Esterni – URP attraverso la società informatica "Liguria Digitale s.c.p.a." (ex Datasiel) fornitrice della manutenzione del portale aziendale.

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

5) Processo di attuazione del Programma. Individuazione dei responsabili alla trasmissione, alla pubblicazione dei dati

Con il P.T.T.I. sono state predisposte le misure e le iniziative per l'adempimento degli obblighi di pubblicità, ivi comprese le misure organizzative, volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

Per dare corso agli obblighi di legge i vertici Aziendali hanno provveduto ad individuare, con Del. n. 260 dell'08/05/2013, il Responsabile della Trasparenza, nella persona della Dott.ssa Cristina Cenderello, dirigente amministrativo a tempo indeterminato, la quale svolge anche il compito di Responsabile della Prevenzione della Corruzione. La giustapposizione delle due funzioni in un'unica figura, è caldeggiata dall'art 43 c. 1 del D.lgs n. 33/2013, in considerazione dello stretto collegamento che è necessario stabilire tra il P.T.P.C. ed il P.T.T.I. Infatti, la trasparenza "è strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità, in funzione preventiva dei fenomeni corruttivi" (Del n. 2/2012 dell'ex C.I.V.I.T., pag. 11). Questa è la ragione per cui si è deciso di inserire questo PTI, come parte integrante ed essenziale del piano anticorruzione 2014 – 2016.

In conformità con quanto dispone il summenzionato art. 43 del D.lgs n 33/2013 il Responsabile della Trasparenza, all'interno dell'As3 Genovese è chiamato a:

- svolgere attività di controllo sul corretto e puntuale adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- segnalare ai vertici Aziendali, all'ANAC e, se il caso, all'Ufficio Disciplina i casi di mancato adempimento;
- predisporre e ad aggiornare annualmente il presente P.T.T.I.

Ai fini di garantire supporto adeguato al Responsabile, in merito al controllo sull'adempimento da parte della dirigenza degli obblighi di trasparenza, si sono svolti, nel corso del 2013, incontri con la direzione strategica per individuare un percorso organizzativo atto a consentire l'attuazione del processo di trasmissione e di pubblicazione delle informazioni, stabilendo delle procedure standard per garantire il più possibile il rispetto della tempistica richiesta dalla norma. I contenuti del summenzionato decreto e delle procedure da porre in essere, sono stati comunicati a tutti i dirigenti della Asl.

Pur nella diversità di ruoli e responsabilità, i rapporti tra i dirigenti ed il responsabile si caratterizzano per una stretta collaborazione. Il ruolo rivestito dal Responsabile è di impulso, coordinamento e di verifica dell'effettivo "adempimento degli obblighi di pubblicità"; i dirigenti, invece, devono garantire "il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini

del rispetto dei termini stabiliti dalla legge”(art. 43 D.lgs n. 33/2013). Questi ultimi, pertanto, devono intendersi responsabili in merito all’individuazione, elaborazione, richiesta di pubblicazione ed aggiornamento dei singoli dati di rispettiva competenza.

“Si ricorda che alla corretta attuazione del Programma triennale concorrono oltre al Responsabile della Trasparenza, tutti gli uffici dell’amministrazione e i relativi dirigenti” (Del. CIVIT n. 50/2013, pag. 10)

in base alla Del. n. 590/2013 dell’ANAC che nel punto 2.2. prevede l’individuazione, tra i dirigenti, di eventuali Referenti per la Trasparenza e ed il loro inserimento nel P.T.T.I, indicando le modalità di coordinamento con il Responsabile della Trasparenza, alcuni dirigenti dell’Azienda sono stati nominati i Referenti della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione della Asl3. A riguardo si precisa che i Referenti per la Trasparenza di questa Azienda coincidono con i Referenti per la Prevenzione della Corruzione, così come individuati nella sezione I cap. 10 lett. a) del presente Piano, a cui pertanto si rinvia.

Essi coadiuvano il Responsabile della Trasparenza per le attività amministrative in materia di trasparenza, con particolare riferimento ai contenuti delle pubblicazioni e della elaborazione e corretta attuazione del “Programma Triennale della Trasparenza e Integrità”.

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 di questa Asl devono:

- verificare, tra la serie di documenti, informazioni e dati presenti nei suesposti elenchi, quelli di propria competenza;
- inviare la documentazione di cui al punto precedente alla S.S. Relazioni Esterne URP – Liguria Digitale all’indirizzo redazione.sito@asl3, al seguente indirizzo mail: Redazione.Sito@asl3.liguria.it (e per conoscenza al Responsabile della Trasparenza all’indirizzo a prev.corr@asl3.liguria.it), affinché sia pubblicata sul portale Aziendale;
- 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 nel 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 desunte dall'art. 6 del D.lgs. 33/2013 a cui il presente programma si conforma
- allegare file, quando possibile, 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 l'assistenza informatica per appurare il problema;
- la trasmissione deve avvenire esclusivamente per mail, senza nota di accompagnamento e tanto meno senza trasmettere la documentazione in formato cartaceo, via fax o altra modalità che non sia quella informatica
- inviare la documentazione obbligatoria al Responsabile 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

2) Tutti i Referenti Aziendali, devono:

- Predisporre adeguate misure organizzative in modo da ricevere da parte dei propri Dirigenti subordinati, tutti i dati di pubblicità obbligatoria di competenza del proprio Dipartimento;
- Attestare mediante comunicazione formale da trasmettere al Responsabile della Trasparenza mediante mail a prev.corr@asl3.liguria.i l'assolvimento degli obblighi di trasparenza relative al proprio Dipartimento. In particolare si riporta quanto già indicato nel piano al cap. 10 lett. a):
 - Invio al RPC di due comunicazioni formali, la prima entro il 30/06/2015, la seconda entro il 15/12/2015, che attestino che i documenti obbligatori di competenza del proprio Dipartimento sono stati pubblicati secondo le disposizioni di cui al D.lgs. n. 33/2013 e le linee guida emesse dall'Autorità Anticorruzione, segnalando quali documenti non risultano ancora pubblicati o pubblicati in modo completo

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 del presente programma, il responsabile ha la facoltà di segnalare tali casi "all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il Responsabile segnala altresì gli inadempimenti al vertice politico dell'amministrazione [vertici dell'amministrazione], all'OIV [al

Nucleo di Valutazione] ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità" (art. 43 c. 5 D.lgs. n.33/2013)

Ciascun dirigente si farà carico altresì di ottemperare al generale divieto di diffusione dei dati idonei a rilevare lo stato di salute dei singoli interessati. Per i beneficiari di provvidenze di natura economica, occorre che non siano diffusi ulteriori dati non pertinenti quali l'indirizzo di abitazione, il codice fiscale, le coordinate bancarie. A questo proposito si rinvia all'art. 11 del D.lgs n 196/2003, che enuncia i principi di non eccedenza e pertinenza del trattamento e dagli artt. 4, commi 3-6 e 26, c. 4 del 33/2013, che contengono particolari prescrizioni sulla protezione dei dati personali (si veda la Circ. n. 2 del DFP a pag. 7).

Questo P.T.T.I. recepisce le disposizioni del D.lgs. n. 82/2005 art 68 (Codice dell'amministrazione digitale) sulle caratteristiche dei dati informatici da pubblicare in formato aperto, in coerenza con le "Linee Guida Siti Web" pubblicate sul sito del DFP alla pagina <http://www.funzionepubblica.gov.it/lazione-del-ministro/linee-guida-siti-web-pa.aspx>. I file in formato aperto sono disponibili secondo i termini di una licenza che ne permetta l'utilizzo da parte di chiunque, "senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità" (art. 7 D.lgs. n. 33/2013). A questo riguardo, il presente programma fa proprie le indicazioni presenti sulle precedenti linee guida dell'ex CIVIT di cui alla Del. n. 105/2010, le quali, tra l'altro prevedono che i dati dovranno essere:

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

6) Misure organizzative

Successivamente all'emanazione della Del n. 50/2013 con la quale l'Autorità Anticorruzione nazionale ha adottato le ultime Linee guida per l'aggiornamento del Programma per la trasparenza, con cadenza periodica sono stati fissati incontri con la "S.S. Relazioni Esterne URP, ufficio incaricato di pubblicare i dati sul sito Aziendale, per una verifica sullo stato di attuazione della normativa in oggetto. Tali confronti hanno consentito di predisporre adeguati correttivi e di sollecitare per tempo gli eventuali uffici ancora inadempienti. Anche nel corso del prossimo triennio sono previsti incontri di controllo e confronto dei dati a cadenza mensile.

Gli incontri iniziali sono serviti a ristrutturare la nuova sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web (prevista dall’art. 9 del D.lgs. n. 33/2013), ricollocando i documenti già inseriti nella vecchia sezione “Trasparenza Valutazione e Merito” prevista dal c. 8 dell’art. 11 del D.lgs 150/2009, nella nuova sezione in base alle indicazioni della legge e secondo le dettagliate indicazioni della De. n. 50/2013 dell’A.N.A.C.

Di seguito viene illustrata graficamente il processo e gli attori coinvolti :

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

Tabella n. 12: processo di pubblicazione e soggetti coinvolti

Le azioni e le procedure messe in atto in questi mesi, costituiscono parte integrante del Programma Triennale per la trasparenza ed integrità.

La procedura sopra evidenziata fornisce:

- l'indicazione delle attività dei soggetti coinvolti nella pubblicazione e nell'aggiornamento dei dati e la relativa scansione temporale degli adempimenti;
- l'adozione delle misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi
- l'adozione di misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e supporto dell'attività di controllo sull'adempimento da parte del responsabile della trasparenza

7) Misure di monitoraggio e vigilanza

L'interconnessione tra il piano anticorruzione e il programma della trasparenza è trasparso durante la processo della "gestione del rischio", il quale trae le sua scaturigine proprio nella mappatura dei procedimenti amministrativi, come è stato illustrato nel P.T.P.C. In questa prima fase del processo si è stabilito di coinvolgere nel suddetto censimento le strutture Aziendali che si ritenevano maggiormente esposte ai rischio di corruzione.

I singoli Dirigenti hanno individuato all'interno delle strutture in loro Responsabilità un numero adeguato di dipendenti cui è stato assegnato il compito di dare attuazione, per le sezioni di competenza, agli obblighi di pubblicazione previsti dal Piano.

Ai fini dell'adempimento degli obblighi di trasparenza tutte le strutture coinvolte hanno compilato la seguente tabella, i cui dati sono quelli richiesti dall'art. 35 del D.lgs. n. 33/2013:

TITOLO PROCEDIMENTO:	
Descrizione e normativa di riferimento	Il procedimento riguarda Legge
Unità organizzativa responsabile dell' istruttoria	Dip/ S.C.
Responsabile del procedimento (recapito telefonico, casella di posta elettronica istituzionale)	Dirigente Tel. mail ecc...
(se Responsabile diverso) L'ufficio competente l'adozione del provvedimento finale e il relativo responsabile, compreso recapito telefonico/email	
Modalità per acquisire informazioni in merito al procedimento in corso
Termine per la conclusione (con indicazione se il procedimento termina con un atto, con una dichiarazione dell'interessato, con il "silenzio assenso)
Strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale riconosciuti dalla legge nei confronti del provvedimento finale e/o per richiedere la conclusione del procedimento
Modalità di pagamento, IBAN di riferimento per il conto di pagamento, tesoreria, conto corrente postale, codice identificativo di pagamento
Soggetto con potere sostitutivo (recapito telefonico, casella di posta elettronica istituzionale)	Direzione S.C.....
(Se procedimenti su istanza di parte) atti e documenti da allegare all'istanza, la modulistica, i facsimile di autocertificazioni (indicando il link del sito aziendale da cui scaricarli)

Tabella n. 13: Scheda dei dati obbligatori sui procedimenti amministrativi

8) Accesso Civico

Il rispetto della trasparenza amministrativa, assicurato dal presente programma si propone lo scopo di favorire la partecipazione dei cittadini all'attività dell'Azienda:

- assicurando la conoscenza, da parte dei cittadini, dei servizi resi dalle amministrazioni, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché delle loro modalità di erogazione;
- prevenendo fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità.
- consentendo l'effettiva operatività del cosiddetto "accesso civico"

Se lo scopo del legislatore è stato quello di favorire un controllo diffuso da parte del cittadino sull'operato delle istituzioni e sull'utilizzo delle risorse pubbliche con la precipua finalità di assicurare la conoscenza dei servizi resi e di prevenire fenomeni corruttivi, il principio della trasparenza assume un ruolo cardine, uno degli assi portanti su cui ruotano le politiche di prevenzione della corruzione. All'obbligo imposto agli enti pubblici di pubblicare i documenti comporta la conseguente facoltà da parte di qualunque cittadino di accedere ai medesimi atti (il cosiddetto accesso civico disciplinato dall'art. 5, comma 1 della D.lgs. n. 33/2013).

All'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" si è stabilito di inserire un "link" relativo all'istituto dell'accesso civico, al fine di assicurare l'immediata attuazione di questo nuovo istituto, da parte dei cittadini: sono stati forniti gli indirizzi mail e telefonici ed il soggetto a cui rivolgersi per ottenere un riscontro alle istanze. E' stata riportata la normativa di riferimento, ovvero l'art. 5 del D.lgs n. 33/2013, con il quale, tra l'altro, viene precisato che la richiesta di accesso non è sottoposta ad alcuna limitazione, è gratuita e va presentata alla sottoscritta quale responsabile della Trasparenza, che si pronuncia sulla richiesta. Questo istituto "non sostituisce il diritto di accesso di cui all'art 22 della L. 241/90. Infatti, quest'ultimo è uno strumento finalizzato a proteggere interessi particolari da parte di soggetti portatori di un interesse diretto laddove "l'accesso civico non necessita di una particolare legittimazione e riguarda tutte le informazioni e i dati del D.lgs. n. 33/2013" (Circ. n. 2/2013 del DFP pag. 3).

"In relazione alla loro gravità, il responsabile segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il responsabile segnala altresì gli inadempimenti al vertice politico dell'amministrazione, all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità" (art. 5 c. 5 Dlgs. n 33/2013).

Nel caso in cui il Responsabile della trasparenza non comunichi entro 30 giorni dalla richiesta l'avvenuta pubblicazione, il richiedente può ricorrere al soggetto titolare del potere sostitutivo il quale, dopo aver verificato la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, pubblica tempestivamente

e comunque non oltre il termine di 15 giorni (secondo quanto previsto dalla L. n. 241/1990 art. 2 comma 9-ter), nel sito Aziendale, sezione "Amministrazione Trasparente", quanto richiesto e contemporaneamente ne dà comunicazione al richiedente, indicando il relativo collegamento ipertestuale. I termini e la procedura così stabilita risulta conforme a quanto indicato nella Del. n. 74/2013 dell'A.N.A.C: "Regolamento sugli obblighi di pubblicità e di trasparenza".

Per quanto concerne l'istituto dell'accesso civico titolare del potere sostitutivo, ai sensi dell'art. 2 c. 9 bis della L. 241 /90 è l'Avv. Piero Giuseppe Reinaudo, Direttore Amministrativo della Asl3 Genovese.

9) Nucleo di Valutazione (art. 44 D.lgs. n. 33/2013)

Oltre alle figure del Responsabile della Trasparenza, dei dirigenti responsabili della trasmissione dei dati, della struttura deputata alla pubblicazione delle informazioni ed all'organizzazione della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'ente, la normativa in materia di trasparenza, assegna un ruolo centrale agli OIV (Organismi Interni di Valutazione), il cui compito è di promuovere ed attestare "l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità" (art. 14 D.lgs. n. 150/2009). L'attestazione degli OIV costituisce lo strumento di cui si avvale la Civit (ora A.N.AC) per la verifica dell'effettività degli adempimenti in materia di trasparenza.

Secondo quanto chiarito dalla Del. n. 23/2013 della stessa Autorità, gli enti del SSN non hanno l'obbligo di istituire tale organismo a seguito del mancato rinvio dell'art. 16 c. 2 del D.lgs. n. 150/2009; tuttavia rimane in capo ad ogni ente pubblico (sanitario o meno) l'obbligo di produrre questo documento, ad opera di una struttura interna dell'ente che svolga funzione analoga agli OIV. Per questa ragione è stato individuato nel Nucleo di Valutazione il soggetto idoneo a svolgere le funzioni previste dalla norma, garantendo, la predisposizione della succitata attestazione ex D.lgs n. 150/09, i cui termini di presentazione e di pubblicazione sono stati prorogati al 31/01/2014 in base all'avviso dell'A.N.AC. del 04/12/2013.

Infine, in base all'art. 43 c. 5 del D.lgs 33/2013 il Responsabile della Trasparenza deve segnalare al Nucleo di Valutazione i casi di violazione degli obblighi di pubblicità.

10) Principale attività svolta nel corso del 2014:

Oltre ad aver svolto un'attività di supervisione e di controllo per accertare il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione obbligatoria ed il corretto andamento dei flussi di dati trasmessi e pubblicati sul sito, il Responsabile ha svolto periodicamente delle verifiche sulla sezione "Amministrazione Trasparente" per adeguare in modo più stringente il suo contenuto con i dettami del D.lgs. n. 33/2013 e con le osservazioni e le indicazioni fornite dall'ANAC:

1) Monitoraggio dei procedimenti:

Con nota id n. 27739 del 27/02/2014 è stato realizzato un sistema di monitoraggio dei procedimenti come richiesto all'art. 7 lett. g) del summenzionato P.T.P.C., il quale, a sua volta, recepisce sia le indicazioni della legge 190/2012 sia le disposizioni del D.lgs. n. 33/2013, ed in particolare dell'art. 35 rubricato "Obblighi di pubblicazione relativi ai procedimenti amministrativi [...]" nel punto in cui si richiede di pubblicare sui siti internet delle PP.AAA. il "termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante" (art. 35 lett. f).

Alla conclusione di ogni trimestre, ai dirigenti di questa Azienda, per il tramite dei Referenti della prevenzione e della trasparenza, è stato chiesto di fornire una serie di dati riguardanti i procedimenti di loro competenza, ovvero:

- il numero di procedimenti conclusi;
- il numero dei procedimenti conclusi entro i termini previsti dalle norme che li disciplinano;
- il numero dei procedimenti conclusi con ritardo
- una descrizione dei problemi e delle ragioni che non hanno consentito di concludere i procedimenti nei tempi richiesti;
- eventuali correttivi di cui si propone l'impiego nei confronti dei procedimenti conclusi in ritardo.

Al fine di assicurare un adeguato ed uniforme monitoraggio dei dati si invitano i dirigenti, per il tramite dei Referenti, utilizzare le due tabelle appositamente predisposte che verranno aggiornate nel corso del 2015. Gli invii hanno avuto le seguenti scadenze:

- I trimestre 2014: tabelle da trasmettere entro il 15/04/2014
- II trimestre: entro il 15/07/2014;
- III trimestre: entro il 15/10/2014;
- IV trimestre: entro il 15/01/2015.

2) Adeguamento di alcuni dati della sezione “Amministrazione Trasparente” in base alla segnalazione dell’ANAC di cui alle note prot. 0012848 e 0002538 del 14/02/2014 e 28/07/2014:

In base alle richieste ANAC sul rispetto degli obblighi di pubblicazione obbligatoria di cui alla Del. n. 71/2013, le principali modifiche al sito sono state:

- Inserimento di alcune sotto – sezioni mancanti
- Inserimento Tempi medi di erogazione dei servizi: circa la rilevata assenza dei documenti relativi a questa sotto – sezione si è ovviato pubblicando i dati relativi alle prestazioni ambulatoriali ed alle prestazioni ospedaliere.
- Qualità di pubblicazione dei dati relativi ai procedimenti: circa la mancata diversificazione dei procedimenti (obbligo che questa Azienda non aveva rinvenuto nell’art. 35 del D.lgs. n. 33/2013 o in altre indicazioni) si rende noto di avere pubblicato due elenchi distinti: uno relativo ai procedimenti ad istanza di parte ed un altro relativo a quelli d’ufficio. Contestualmente si è colta l’occasione per un aggiornamento della struttura di questa sotto - sezione, cercando di migliorarne la comprensibilità, e di procedere ad una nuova verifica dei dati inseriti, modificando, se il caso, le informazioni pubblicate in precedenza.

Si rimanda alle note Asl prot. n. 27845 del 27/02/2014 e prot. n. 9910 del 28/07/2014 per tutti gli approfondimenti del caso e le ulteriori adeguamenti alla normativa.

3) Adeguamento dell’art. 23 del D.lgs. n. 33/2013 con le Linee guida in materia di trattamento dei dati personali di cui al procedimento 15/05/2014 n. 243 del Garante della Privacy

Per adempiere alle disposizioni della privacy è stato disposto che a partire dal 2015 vengano oscurati tutti i provvedimenti amministrativi ad oggi visibili e scaricabili. Al fine di rispettare gli obblighi della trasparenza è stato predisposta nota congiunta a firma del Responsabile della Trasparenza e del Responsabile della S.C. Affari generali (nota prot. n. 129283 del 06/10/2014) al fine di fornire le indicazioni operative per rispettare le normative sulla privacy e sulla trasparenza. Allo scopo è stata predisposta una tabella per l’inserimento dei “provvedimenti adottati dagli organi di indirizzo politico e dai dirigenti” nei quali siano pubblicati, tra l’altro, il contenuto, l’oggetto e l’eventuale spesa prevista dell’atto dirigenziale. La scheda riassuntiva, comprensiva di tutti i dati richiesti, dovrà essere compilata da tutte le strutture proponenti atti deliberativi/dirigenziali e trasmessa contestualmente al provvedimento, all’ufficio competente.

Queste schede dovranno essere aggiornate ogni sei mesi e pubblicate nella sezione “Amministrazione Trasparente” sotto-sezione di I livello “Provvedimenti”, sotto-sezione di I livello “Provvedimenti dirigenti amministrativi”.

4) Miglioramento della sotto – sezione “consulenti e collaboratori” ex art. 15 D.lgs n. 33/2013

A seguito di un monitoraggio complessivo della sezione “Amministrazione Trasparente”, condotta dal Responsabile della Trasparenza è emerso che gli importi erogati ai professionisti erano ricavabili unicamente dalla delibera allegata, e non direttamente visibili, come richiede la normativa. Di conseguenza ed anche al fine di garantire omogeneità nella pubblicazione dei dati è stata trasmessa agli uffici coinvolti una tabella comprensiva di una colonna denominata “compenso erogato”.

5) Miglioramento della sotto – sezione: “Dirigenti di strutture semplici e complesse del SSN”

Dal riscontro effettuato in questa sezione sono risultati assenti gli estremi e gli atti di conferimento degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse. Di conseguenza è stato chiesto di compilare, a tutti gli uffici interessati, una tabella comprensiva di tutti i dati obbligatori.

6) Dati ulteriori

All’interno della sotto –sezione “dati –ulteriori” è stata inserita la procedura del c.d. “whistleblower” con i riferimenti normativi ed i relativi moduli (la procedura è stata illustrata al cap 7 lett f della sez. I del Piano):

Sentinella Civica - c.d. “whistleblower” (da <http://www.asl3.liguria.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti.html>)

- “Whistleblowing”: contesto internazionale e italiano (prima della L. n. 190/2012). Tratto dal “Rapporto della Commissione per lo studio e l’elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione” istituita con Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione del 23/12/2011
- Art. 54 – bis D.lgs. n. 165/2001: “Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti” (inserito dall’art. 1 c. 51 della L. n. 190/2012)
- Le indicazioni tratte dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)
- Le indicazioni tratte dall’all.to. 1 del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)
- La disciplina del “whistleblower” prevista in Azienda: Art 8 e art. 13 del Codice di Comportamento Aziendale adottato con Del. n. 713 del 14/11/2014
- Modello per la segnalazione degli illeciti (predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica DFP)

10) Obiettivi di trasparenza 2015 – 2017

Gli obiettivi di trasparenza del triennio 2015 – 2017, inseriti al cap 9) della sezione I del Piano Anticorruzione “Ulteriori obiettivi previsti nel corso del 2015 – 2017” sono di seguito nuovamente riportati, con l’aggiunta di alcune indicazioni pratiche che verranno precisate meglio nel corso del 2015:

- Elaborazione di una tabella trimestrale relativa ai dati degli incarichi istituzionali: da inserire con tempestivo aggiornamento nell’apposita sezione del sito
- Giornata della Trasparenza 2015 – 2016 – 2017 (da organizzarsi entro la fine di ogni anno)
- Inserimento dei dati ex artt. 26 e 27 del D.lgs. n. 33/2013: sovvenzioni, contributi, vantaggi economici. A tal fine verrà predisposta una tabella corredata di tutte le informazioni richieste dall’art. 27 : nome del beneficiario (solo la persona giuridica), l’importo, il titolo, l’ufficio responsabile, la modalità eseguita per l’individuazione del beneficiario. Si forniranno adeguate indicazioni per consentire il rispetto della normativa sulla privacy.
- Verifica che tutta la modulistica, utilizzata dai vari uffici, per i procedimenti ad istanza di parte sia pubblicata sul portale aziendale e sia scaricabile dal link relativa alla colonna “ atti e documenti da allegare all’istanza, la modulistica, i facsimile di autocertificazione” della sotto – sezione di 2° livello “Tipologie di procedimento”
- Aumentare “l’elaborabilità” dei documenti a pubblicità obbligatoria attraverso la creazione di formati aperti (.ods, .csv, pdf non img. ecc..)

11) **Attività di verifica**

Il responsabile della trasparenza, i cui compiti principali sono quelli di controllare l'attuazione e l'aggiornamento del Programma stesso, riferisce ai vertici amministrativi della Asl, anche su eventuali inadempimenti e ritardi da parte dei dirigenti competenti

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità sarà oggetto di verifica ed adeguamento annuale.

Dovrà essere garantita costantemente la massima trasparenza, accessibilità e fruibilità dei dati pubblicati nonché il loro aggiornamento. E' comunque previsto l'adeguamento anticipato del Programma, nel caso in cui intervengano significative norme di legge concernenti la materia della trasparenza.

Come avvenuto nel 2014 anche nel triennio 2015 – 2017 verrà prevista una periodica attività di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza.
