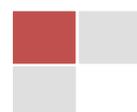


2016



**PIANO TRIENNALE DI**  
**PREVENZIONE DELLA**  
**CORRUZIONE 2016 - 2018**

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





# SOMMARIO

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

### Sommario

Sommario tabelle e allegati.....	iv
1) Introduzione. Novità introdotte nel P.T.P.C. 2016 - 2018: .....	1
2) Metodologia impiegata .....	4
3) Processo di adozione e soggetti coinvolti .....	5
4) La gestione del rischio .....	13
5) Formazione in tema di anticorruzione .....	39
6) Codici di comportamento .....	46
7) Altre iniziative attuate o da attuare nel corso del triennio .....	48
a) Indicazione dei criteri di rotazione del personale .....	48
b) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse .....	49
c) Incarichi extra-istituzionali .....	51
d) Inconferibilità – incompatibilità ex D.lgs. n. 39/2013.....	53
e) Revolving doors o pantuflage.....	55
f) Whistleblower (Sentinella Civica).....	57
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....	62
8) Rendiconto degli obiettivi raggiunti .....	64
9) Obiettivi previsti nel triennio 2016 - 2018.....	67
10) Monitoraggio sull’attuazione del P.T.P.C. Individuazione dei Referenti, dei tempi e delle modalità di informativa. ....	70
a) Individuazione dei referenti: .....	70
b) Monitoraggio sull’attuazione del P.T.P.C. 2016 – 2018: attività programmate.....	71

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' .....	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 .....	IX
4) Informatizzazione del flusso della pubblicazione dei dati.....	X
5) Processo di attuazione del Programma. Individuazione dei responsabili alla trasmissione, alla pubblicazione dei dati .....	XI
6) Misure organizzative .....	XVI
7) Interconnessione P.T.T.I. e gestione del rischio .....	XIX
8) Accesso Civico.....	XXI
9) Nucleo di Valutazione (art. 44 D.lgs. n. 33/2013).....	XXII
10) Principale attività svolta nel corso del 2014/2015: .....	XXIII
11) Obiettivi di trasparenza .....	XXVII
12) Attività di verifica: monitoraggio sulla trasparenza .....	XXIX

## Sommario tabelle e allegati

### TABELLE SEZ. N. 1 “P.T.P.C.”

- Tabella n. 1: Soggetti coinvolti, pag. 13
- Tabella n. 2: Matrice dei valori, pag. 36
- Tabella n. 3: Tabella pivot sul numero di misure applicate suddivise per le strutture aziendali, pag. 38
- Tabella n. 4: Tabella n. 4: elenco dei corsi formativi sulla lotta alla corruzione realizzati nel corso del 2013, pag. 39
  - Tabella n. 5: numero operatori coinvolti nel corso FAD, pag. 40
    - Tabella n. 6: obiettivi realizzati 2014, pag. 65
    - Tabella n. 7: obiettivi non realizzati nel 2014: pag. 65
    - Tabella n. 8 obiettivi previsti per il 2015 – 2017, pag. 66
    - Tabella n. 9: Obiettivi previsti per il 2016 – 2018, pag. 68
    - Tabella n. 10: Individuazione dei Referenti, pag. 70
- Tabella n. 11: Domande questionari PTPC – Codici di Comportamento, pag. 81
  - Tabella n. 12: Monitoraggio tempi dei procedimenti, pag. 84
  - Tabella n. 13: Elenco monitoraggio tempistiche, pag. 87

### TABELLE SEZ. N. 2 “P.T.T.I.”

- Tabella n. 14: Obiettivi della trasparenza del 2014, pag. V
- Tabella n. 15: Obiettivo inserito nel Piano della Performance , pag.VII
- Tabella n. 16: Processo di pubblicazione e soggetti coinvolti, pag. XVII
- Tabella n. 17: Scheda dei dati obbligatori sui processi amministrativi, pag. XX
- Tabella n. 18: Facsimile modello autocertificazione trasparenza, pag. XXXI
- Tabella n. 19: Questionario relativo alla vigilanza sul P.T.T.I., pag. XXXII

### **ALLEGATI:**

- Allegato n. 1 “Registro e valutazione dei rischi” (procedimenti ad alto e medio rischio), pagg. 8
- Allegato n. 2 “Trattamento del rischio” (procedimenti ad alto e medio rischio), pagg. 8
- Allegato n. 3 “Diagramma di Gantt” sugli obiettivi 2016 – 2018, pag. 1.

**SEZIONE I**

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA  
CORRUZIONE  
2016 - 2018**

## **1) Introduzione. Novità introdotte nel P.T.P.C. 2016 - 2018:**

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.

Con Del. n. 63 del 30/01/2015 è stato approvato il nuovo P.T.P.C. 2015 – 2017; in esso erano state indicate le misure organizzative atte a ridurre il rischio, individuando le priorità di trattamento.

Con l'attuale P.T.P.C. si è cercato di avviare un processo organizzativo finalizzato a diffondere maggiore consapevolezza da parte dei dirigenti e dei dipendenti, in genere, del ruolo attivo che essi rivestono nelle politiche di prevenzione, le quali devono essere percepite non come mero adempimento burocratico, ma come uno strumento concreto ed indispensabile per la lotta all'illegalità e alla "maladministration". Nel contempo, si è cercato di porre le basi per costruire un concreto ed efficiente sistema di verifica e di controllo sul rispetto degli obblighi previsti dal Piano dal Programma per la Trasparenza e dal Codice di comportamento.

Pertanto le modifiche più rilevanti hanno interessato:

- i nuovi compiti e responsabilità dei soggetti coinvolti nelle politiche di prevenzione;
- un solido sistema di monitoraggio basato su apposite schede precompilate che copre tutte le attività di prevenzione;
- la formazione, la quale, oltre ad interessare l'aspetto conoscitivo delle norme nazionali, ha riguardato situazioni pratiche sulla gestione del rischio ed ha illustrato approfonditamente i ruoli ed i compiti dei soggetti dell'Azienda coinvolti nelle politiche anticorruzione.

Inoltre, questo P.T.P.C. tenendo conto dell'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, adottato con Del ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, in cui, tra l'altro è stata ribadita la necessità di mappare tutti i processi/procedimenti dell'ente e di migliorare il processo della gestione del rischio, ha esteso ad altri settori aziendali l'obbligo della mappatura ex art. 35 D.lgs. n 33/2013 con l'obiettivo programmato, per il prossimo triennio, di inserire nuove strutture nell'individuazione di processi/procedimento a rischio e quindi sottoposti alla successiva fase della valutazione e del

trattamento. Contestualmente è stato aggiornato il processo della gestione del rischio in maniera da individuare delle misure più efficaci e concrete e meno formali.

Scopo fondamentale del Piano, infatti è quello di mettere in evidenza e analizzare 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, per innalzare il livello di legalità dell'Azienda.

Il P.T.P.C. è diviso 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 conferma 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 Costituzione).

L'aggiornamento al PNA 2015 ha confermato tale concetto ribadendo che la corruzione è coincidente con il termine maladministration:

*assunzione di decisioni (di assetto, di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari*

(pag. 7 Aggiornamento PNA)

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 immodificabile, 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.
- p) Aggiornamento 2015 al PNA (Del ANAC n. 12/2015)

## 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 e compiti 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.*

Infine si riporta quanto precisato nel recente aggiornamento 2015 al PNA:

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

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

«che tutte le unità organizzative [dell’ente] forniscano il loro apporto collaborativo al responsabile della prevenzione»

Il RPC chiede la collaborazione dei dipendenti di altri uffici anche in base a quanto disposto all’art. 1 c. 9 lett. c) della L. n. 190/2012:

«prevedere [nei P.T.P.C.] obblighi di informazione nei confronti del responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento e sull’osservanza del piano».

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

## **b) Nomina e ruolo dei Referenti**

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

Per questa ragione il presente documento recepisce le indicazioni della Circ. n. 1 del DFP sull’opportunità di nominare dei Referenti per la Prevenzione a sostegno dell’attività del Responsabile. Il ruolo dei referenti, così come precisato nel PNA, si caratterizza nel fatto di porsi come “intermediari” tra il 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 coordinatori (facilitatori) (vedi successiva lett. c), le schede, relative alla valutazione del rischio corruzione, di tutte le strutture appartenenti al proprio dipartimento;
- provvedono al costante monitoraggio dei tempi dei procedimenti.
- Individuano il coordinatore (facilitatore) (facilitatore) della prevenzione afferente al proprio dipartimento/struttura
- costituiscono ed organizzano, con il supporto dei coordinatori (facilitatori), appositi gruppi di lavoro, costituiti da personale amministrativo, tecnico e sanitario, con lo scopo di migliorare l'attività di autoanalisi organizzativa e della gestione del rischio. Infatti, i dipendenti dell'amministrazione devono partecipare attivamente al processo di autoanalisi dei procedimenti/processi a rischio, per garantire che le misure di prevenzione siano realmente efficaci e concrete

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

Ai fini di un efficace coordinamento tra il RPC ed i Referenti e responsabili di struttura rientranti nelle aree a rischio, questi ultimi hanno individuato una o più unità del proprio personale, fornita di esperienza al fine di trattare gli aspetti operativi connessi con gli obblighi relativi alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento alla gestione del rischio e di aiutarli nelle attività di monitoraggio. A questo scopo, nel corso del 2015, i dipendenti così individuati, sono stati periodicamente convocati nei vari uffici aziendali per un confronto sulle problematiche, sullo stato dei monitoraggi (delle misure di prevenzione, della trasparenza e dei piani anticorruzione e codici di comportamento).

L'intento di questa figura è volta, da un lato, ad agevolare e velocizzare le procedure e i tempi degli adempimenti, snellendo i compiti dei dirigenti, i quali, pur rimanendo responsabili delle attività di prevenzione e della trasparenza delle proprie strutture assegnati dal RPC, sono chiamati a svolgere unicamente compiti decisionali; dall'altro, rendere più omogeneo, tra gli uffici, le attività di prevenzione.

In particolare i coordinatori (facilitatori) hanno il compito di aiutare il Referente nella programmazione dei monitoraggi interni e nella trasmissione al RPC delle relative relazioni a riscontro della suddetta attività di controllo, trasmettendo via mail ([prev.corr@asl3.liguria.it](mailto:prev.corr@asl3.liguria.it)) i documenti e le relazioni richieste. Con riferimento all'aggiornamento della gestione del rischio, i coordinatori (facilitatori) hanno il compito di raccogliere i procedimenti/processi di tutti gli uffici del Dipartimento e di trasmettere gli elenchi dei processi mappati, valutati e sottoposti al trattamento del rischio in forma aggregata al proprio Referente Aziendali ovvero ad inviarli direttamente al RPC.

Dunque il coordinatore (facilitatore), occupandosi di relazionare il Referente sulle attività di prevenzione e aiutandolo nell'organizzare, all'interno della struttura, le attività di prevenzione non ha il compito di «fare» tutto il lavoro connesso alla prevenzione della corruzione e di assolvere agli obblighi di pubblicità previsti dalle norme sulla trasparenza amministrativa, ma di aiutare il Referente a verificare che nelle proprie strutture esse siano concretamente svolte, informandolo su problemi, criticità e tempistiche riscontrate.

#### **d) 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;*

*1-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);
- Trasmettere al Referente le schede della gestione del rischio del proprio ufficio e quelle relative ai tempi dei procedimenti;
- 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.

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

#### **e) 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 ha proceduto 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 (data di attestazione:26/01/2015).

#### **f) 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.

#### **g) 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:

- 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.

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

- danno il proprio contributo al processo della gestione del rischio, con compiti e mansioni assegnate dal proprio responsabile, in accordo con il Referente aziendale, attraverso la partecipazione di appositi gruppi di lavoro (senza una fattiva partecipazione del personale nella gestione del rischio, l'attività di prevenzione perde la sua efficacia)
- relazionano il proprio Dirigente in merito al rispetto dei tempi procedurali 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.

#### **h) 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.

#### **i) Servizio Ispettivo**

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

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

## j) 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. 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.

Avvertendo l'esigenza di estendere l'analisi a tutti i procedimenti dell'Azienda, nel corso del 2015 è stato chiesto alle strutture aziendali non coinvolte nel biennio precedente dalle attività di mappatura, di individuare le proprie attività di competenza, secondo le indicazioni di cui all'art. 35 del D.lgs. n. 33/2013 per identificare, in futuro quelle aree e processi che potrebbero risultare esposti a rischi corruttivi.

Particolare attenzione è stata rivolta a quei processi rientranti nelle seguenti aree, che il PNA 2015 ha ricondotto nell'ambito delle aree con alto livello di probabilità di eventi rischiosi, e che, gli anni precedenti non erano state analizzate, ovvero:

- a) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- b) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;

Queste (assieme alle aree “incarichi e nomine” e “affari legali e contenzioso” ed alle quattro aree definite dal PNA 2013 definite “obbligatorie” saranno da ora in poi denominate “aree generali”.

#### A) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio:

<u>DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE</u>	S.S.D. Patrimonio Immobiliare	Stipula contratti di locazione passivi
<u>DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE</u>	S.S.D. Patrimonio Immobiliare	Alienazione immobili importo superiore € 150.000
<u>DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE</u>	S.S.D. Patrimonio Immobiliare	Alienazione immobili importo inferiore € 150.000
<u>DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE</u>	S.S.D. Patrimonio Immobiliare	Concessioni

#### B) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni:

<u>SC/DIPARTIMENTO</u>	<u>STRUTTURA</u>	<u>PROCEDIMENTO</u>
<u>Direzione Amministrativa</u>	Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionali del personale	Controllo sulla presenza in servizio del personale dipendente
<u>Direzione Amministrativa</u>	Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionali del personale	controllo fruizione permessi e congedi
<u>Direzione Amministrativa</u>	Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionali del personale	Controllo istruttoria delle richieste di svolgimento, da parte del personale, di attività extra-istituzionali, fatta eccezione per le attività libero-professionali dei dirigenti sanitari
<u>Direzione Amministrativa</u>	Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionali del personale	Controllo sul rispetto, da parte dei dipendenti, della disciplina delle incompatibilità come prevista dalle disposizioni di legge e contrattuali

<b><u>Direzione Amministrativa</u></b>	<b>Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionali del personale</b>	Controllo sul rispetto, da parte del personale avente titolo all'esercizio dell'attività libero-professionale, delle disposizioni in materia
<b><u>Direzione Amministrativa</u></b>	<b>Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionali del personale</b>	Controllo sul rispetto, da parte del personale convenzionato, della disciplina delle incompatibilità previste da norme di legge ed accordi collettivi
<b><u>Direzione Amministrativa</u></b>	<b>Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionali del personale</b>	Controlli sulla qualità delle forniture in collaborazione con i servizi interessati
<b><u>Direzione Amministrativa</u></b>	<b>Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionali del personale</b>	Controlli di magazzino in collaborazione con l'Economato
<b><u>Direzione Amministrativa</u></b>	<b>Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionali del personale</b>	Verifiche sulla dotazione patrimoniale delle singole strutture
<b><u>Direzione Amministrativa</u></b>	<b>Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionali del personale</b>	Altre funzioni di verifica e controllo interno affidate volta per volta dalla Direzione Aziendale

Inoltre è stato richiesto al Dipartimento Infrastrutture, l'allargamento dell'analisi ad altri processi che nella gestione del rischio precedente non erano stati considerati e che, invece, anche alla luce delle precisazioni del PNA 2015, risultano molto delicate.

A questo proposito si ricorda che l'area di rischio precedentemente denominata "affidamento di lavori, servizi e forniture" è ora contrassegnata come "area di rischio contratti pubblici" e ciò per rimarcare l'importanza non solo della fase di affidamento (selezione del contraente) ma anche precedenti di progettazione e quelle successive di esecuzione del contratto:

<b><u>SC/DIPARTIMENTO</u></b>	<b><u>STRUTTURA</u></b>	<b><u>PROCEDIMENTO</u></b>
<b>DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE</b>	S.C GESTIONE TECNICA CENTRO LEVANTE/PONENTE	Conferimento incarichi
<b>DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE</b>	S.C GESTIONE TECNICA CENTRO LEVANTE/PONENTE	Approvazione progetti
<b>DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE</b>	S.C GESTIONE TECNICA CENTRO LEVANTE/PONENTE	Approvazione perizie suppletive

Quanto alle aree specificatamente sanitarie, seguendo le direttive dell'ANAC sono state identificate le attività rientranti nelle seguenti aree: attività libero professionale e liste di attesa, rapporti contrattuali con privati accreditati, farmaceutica, attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero. Di conseguenza è stato chiesto alle strutture coinvolte di procedere al monitoraggio.

### S.C. Affari generali

<u>SC/DIPARTIMENTO</u>	<u>STRUTTURA</u>	<u>PROCEDIMENTO (d'ufficio)</u>
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Attività inerenti la stipula di contratti, convenzioni e protocolli d'intesa
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Attività inerenti l'autorizzazione di studi sperimentali ed osservazionali
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Attività inerenti la rogatoria di atti in forma pubblica
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Registrazione contratti
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Gestione corrispondenza aziendale a valenza generale
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Procedimento di scarto documentale
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Pubblicazione provvedimenti aziendali all'albo ufficiale on line
		<b><u>PROCEDIMENTO (di parte)</u></b>
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	<u>ESERCIZIO DIRITTI EX ART. 7 Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)</u>
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	<u>Donazione di beni mobili e di somme di denaro</u>
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	<u>Accesso agli atti amministrativi formati o detenuti stabilmente dalla S.C. Affari Generali</u>
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	<u>Procedimenti relativi a richieste risarcitorie conseguenti a sinistri, anche in autoassicurazione</u>
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	<u>Procedimenti inerenti la stipula di contratti, convenzioni e protocolli d'intesa</u>
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	<u>Procedimenti inerenti l'autorizzazione di studi sperimentali ed osservazionali</u>
<u>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	<u>Registrazione contratti</u>

## POU

<u>SC/DIPARTIMENTO</u>	<u>STRUTTURA</u>	<u>PROCEDIMENTO (di parte)</u>
<u>POU</u>	ARCHIVIO OSPEDALIERO DELL'OSPEDALE VILLA SCASSI, COLLETTA, GALLINO, MICONE.	PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO FINALIZZATO AL RILASCIO DELLA CARTELLA CLINICA E DOCUMENTAZIONE SANITARIA
<u>POU</u>	SEGRETERIE DDMMOO	PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO FINALIZZATO ALLA PREDISPOSIZIONE DEGLI ATTI RELATIVI ALLA SEGNALAZIONE DISSERVIZI
		<u>PROCEDIMENTO (d'ufficio)</u>
<u>POU</u>	DDMMOO	DENUNCIA INAIL IN SEGUITO A INFORTUNIO SUL LAVORO DEI DIPENDENTI POU
<u>POU</u>	DDMMOO	DENUNCIA DI DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO
<u>POU</u>	DDMMOO	VISITA NECROSCOPICA IN OSPEDALE
<u>POU</u>	DDMMOO	REGISTRAZIONE FORMULARI RIFIUTI OSPEDALIERI

## Dipartimento Farmaceutico

<u>SC/DIPARTIMENTO</u>	<u>STRUTTURA</u>	<u>PROCEDIMENTO (di parte)</u>
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Apertura ed esercizio delle Farmacie e dei Dispensari (istruttoria)
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Trasferimento di titolarità delle farmacie (istruttoria)
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Trasferimento dei locali delle farmacie nell'ambito sede di pertinenza (istruttoria)
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Conferimento gestione provvisoria (istruttoria)
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Trapasso di titolarità della Farmacia agli eredi (istruttoria)
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Sostituzione temporanea del titolare /direttore della Farmacia
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Istruttoria orari ferie turni Farmacie (proposta al Sindaco)
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Istruttoria pagamento indennità di residenza alle Farmacie rurali

<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Istruttoria pagamento contributo alle Farmacie a basso reddito
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Rilascio di certificati di servizio a farmacisti coll. Farmacie private e certificati di titolarità a Farmacisti titolari/direttori
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Accertamento presso grossisti ai fini del rilascio autorizzazione attività
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Distruzione sostanze e preparati stupefacenti presso farmacie, ospedali, case di cura, carceri, grossisti medicinali
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	erogazione assistenza integrativa
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Erogazione ossigeno terapia domiciliare
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Erogazione Integratori alimentari
		<b>PROCEDIMENTO (d'ufficio)</b>
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Istruttoria liquidazione spesa farmaceutica mensile
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Attività correlate alla Commissione Farmaceutica Aziendale
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Procedimenti per l'irrogazione delle sanzioni amministrative in materia di vigilanza farmaceutica
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Vigilanza sui Grossisti
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Farmacovigilanza: inserimento schede di segnalazione effetti indesiderati da farmaci all'AIFA
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Farmacovigilanza: rapporto al Ministero della Sanità in caso di esiti fatali per assunzione farmaci
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Ispezioni alle Farmacie
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	ispezioni alle Parafarmacie
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Istruttoria per applicazione art. 1 L. 425/1996
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Scarto ricette per decorso termine conservazione
<u>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</u>	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Controllo contabile

In considerazione della stretta connessione tra le funzioni di prevenzione della corruzione e trasparenza e delle attività dell'URP è stata analizzata l'attività di tutela di suddetto ufficio:

<b><u>SC/DIPARTIMENTO</u></b>	<b><u>STRUTTURA</u></b>	<b><u>PROCEDIMENTO</u></b>
<b><u>Dipartimento Economico Gestionale</u></b>	S.S. Relazioni esterne - URP	Gestione dei reclami ed elogi

Inoltre, sono state sottoposte ad autoanalisi organizzativa ulteriori aree rientranti nel Dipartimento di prevenzione (già presente nel registro dei rischi) e sono state riviste le mappature di tutti gli altri dipartimenti già coinvolti nelle analisi di identificazione dei rischi di corruzione.

Nel corso del 2016 tutte le nuove strutture coinvolte verranno chiamate a procedere nelle attività successive: la valutazione ed il trattamento.

Contemporaneamente le strutture che hanno già procedimenti sottoposti a valutazione e trattamento dovranno procedere all'aggiornamento delle attività *presenti nel registro dei rischi, che, suddiviso per dipartimenti e Distretti sanitari risulta, attualmente, così costituito:*

1) Dipartimento Amministrativo:

<b><u>PROCEDIMENTO</u></b>	<b><u>AREA DI RISCHIO</u></b>	<b><u>DESCRIZIONE RISCHI</u></b>
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	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 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 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 Medic Ina 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:

<b><u>PROCEDIMENTO</u></b>	<b><u>AREA DI RISCHIO</u></b>	<b><u>DESCRIZIONE RISCHI</u></b>
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
4) Acquisti Sopra Soglia- Criterio Dell'Offerta Economicamente Più Vantaggiosa (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) 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
14) Affidamento In Economia	B) affidamento di lavori, servizi e forniture	1) Elusione delle regole di affidamento per favorire un fornitore o al di fuori dei casi previsti dalla legge
28) Verifiche Incassi Ed Azioni Di Recupero Crediti	Area ulteriore (non prevista dal PNA)	1) Azioni volte a ritardare o non perseguire un recupero per fornire indebito vantaggio ad un particolare soggetto
30) Acquisti Sotto Soglia- Criterio Dell'Offerta Economicamente Più Vantaggiosa	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) 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

31) Acquisti Sotto Soglia- Criterio del prezzo più basso	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; 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
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:

<b><u>PROCEDIMENTO</u></b>	<b><u>AREA DI RISCHIO</u></b>	<b><u>DESCRIZIONE RISCHI</u></b>
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 semi-sotterranei	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:

<b><u>PROCEDIMENTO</u></b>	<b><u>AREA DI RISCHIO</u></b>	<b><u>DESCRIZIONE RISCHI</u></b>
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 forniture	Elusione delle regole di affidamento per favorire un fornitore o al di fuori dei casi previsti dalla legge
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

<b><u>PROCEDIMENTO</u></b>	<b><u>AREA DI RISCHIO</u></b>	<b><u>DESCRIZIONE RISCHI</u></b>
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:

<b><u>PROCEDIMENTO</u></b>	<b><u>AREA DI RISCHIO</u></b>	<b><u>DESCRIZIONE RISCHI</u></b>
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 Handicapate)	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 Usufuite	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 $L = P \times I$						
PROBABILITÀ	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
		<b>IMPATTO</b>				

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).
- 4) Individuare per ciascuna misura da implementare il Responsabile della implementazione ed il termine dell’implementazione stessa

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.

Nel 2015 è stato chiesto a tutte le strutture di rivedere ed eventualmente aggiornare il trattamento dei rischi; in particolare di rianalizzare le misure, precedentemente individuate, e di apportare eventuali integrazioni, modifiche e correttivi alle misure.

Nel corso degli incontri formativi con i dirigenti responsabili degli uffici coinvolti nella gestione del rischio si è posto l'accento sull'importanza di questa fase di analisi; in particolare, è stato ricordato che le misure specifiche di prevenzione della corruzione non devono essere generiche ed astratte, ma devono essere concrete e specifiche rispetto al contesto, capaci di incidere realmente sulle cause degli eventi rischiosi:

*[...] misure di prevenzione concrete ed efficaci, traducibili in azioni precise e fattibili, verificabili nella loro effettiva realizzazione [...]*(Aggiornamento PNA 2015, pag. 7).

E' stato precisato come l'identificazione della misura discenda da una corretta identificazione degli eventi rischiosi, da una sostenibilità della misura stessa in termini organizzativi ed economici, da una programmazione puntuale con indicazione delle modalità e dei tempi della sua attuazione, da un fattivo coinvolgimento di tutti i dipendenti dell'ufficio (non solo amministrativi, ma anche tecnici e sanitari). Per agevolare la revisione del trattamento del rischio sono stati forniti delle slide informative e delle tabelle appositamente predisposte (si rinvia al cap 10 "Monitoraggio sull'attuazione del P.T.P.C.).

Per l'attività di identificazione, di analisi e di ponderazione dei rischi è consigliata la costituzione di gruppi di lavoro, al fine di far emergere gli aspetti salienti a seguito del confronto» (pag. 23 All.to n. 1 PNA). Con l'aggiornamento del PNA 2015, viene richiesta la costituzione di gruppi di lavoro per qualunque fase del processo.

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:

<b>OGGETTO INCONTRO</b>	<b>STRUTTURA AZIENDALE</b>	<b>LUOGO E DATA DATA</b>
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:

<b><u>DIPARTIMENTO/S.C.</u></b>	<b><u>PARTECIPANTI:</u></b>
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
<b>TOTALE:</b>	<b>291</b>

*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 della 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.

L'attività formativa più rilevante condotta nel 2015 ha riguardato lo svolgimento di incontri in aula:

- con i Referenti Aziendali per illustrare nel dettaglio le modalità di attuazione del nuovo sistema di monitoraggio e delle modalità di compilazione delle schede di reporting, di aggiornamento del processo del rischio e delle attestazioni sulla corretta pubblicazione dei documenti di propria competenza.
- Con il personale addetto al coordinamento tra il RPC ed i Referenti ed i dirigenti aziendali per spiegare le attività connesse a questa nuova figura (vedi cap. 3) e l'importanza di costituire appositi gruppi di lavoro per l'attivare il processo di autoanalisi organizzativa.

OGGETTO INCONTRO	STRUTTURA AZIENDALE	LUOGO E DATA DATA
Il sistema interno di monitoraggio anticorruzione	Direttori del Dipartimento Economico Gestionale e Infrastrutture. Dirigenti S.C. Affari Legali, Osru, Amministrazione del Personale, Acquisiti e Gestione degli Approvvigionamenti, Economato	Sede di via Bertani, sala riunione pano -2, 01/07/2015
Il sistema interno di	Direttori dei Distretti sanitari, della S.C.	Genova Quarto,

monitoraggio anticorruzione	Aggiornamento e Formazione e del Dipartimento di Prevenzione	biblioteca, 19/06/2015
La mappatura dei procedimenti e la gestione del rischio	Direttori (o loro rappresentanti) del Dipartimento di Prevenzione, dell'Attività Farmaceutica, del Presidio Unico Ospedaliero e della S.C. Cure Primarie	Genova – Quarto, Direzione Salute Mentale, 19/11/2015
L'individuazione delle misure di prevenzione specifiche	Direttore S.C. Gestione Tecnica Ponente	Quarto, sede della funzione prevenzione della corruzione, 13/01/2015
I coordinatori (facilitatori) anticorruzione: ruolo e competenze	I dipendenti delle seguenti strutture: Dipartimento Economico Gestionale, Infrastrutture, S.C. Affari Legali, S.C. Amministrazione del personale, OSTU e S.C. Affari Generali	Sede di Via Bertani, sala riunioni 4° piano, 27/10/2015
I coordinatori (facilitatori) anticorruzione: ruolo e competenze	Dirigente e coordinatore (facilitatore) della S.C. Aggiornamento e Formazione	Quarto, sede della funzione prevenzione della corruzione, 30/10/2015
I coordinatori (facilitatori) anticorruzione: ruolo e competenze	Dipendenti dei DSS 8, 9, 10, 11, 13 e della S.C. Cure Primarie	Quarto, sede della funzione prevenzione della corruzione, 13/10/2015
I coordinatori (facilitatori) anticorruzione: ruolo e competenze	Dipendenti dei DSS 13 e del Dipartimento Infrastrutture	Quarto, sede della funzione prevenzione della corruzione, 30/10/2015

Nel corso degli incontri sono state proiettate due serie di slide, successivamente trasmesse a tutte le strutture interessate dall'attività didattica:

- 1) Il monitoraggio anticorruzione: P.T.P.C. –P.T.T.I., codice di comportamento e gestione del rischio
- 2) La prevenzione della corruzione 2015/2017: aspetti organizzativi, attività e tempistiche

Parallelamente al corso FAD rivolto ai dipendenti operanti nelle aree a rischio, nel 2015, convinti che l'affermazione e la tutela dei valori di legalità ed integrità si ottengano con l'imprescindibile contributo di ogni settore e di tutto il personale dell'organizzazione è parso opportuno predisporre un breve percorso formativo, rivolto a tutti i dipendenti, anche a coloro che prestano la propria opera in aree fino ad ora non mappate come rischiose, con il quale esporre, a grandi linee, la

normativa nazionale ed i piani strategici aziendali, volti a promuovere, dall'interno, la legalità, la trasparenza, e, in generale, le strategie di prevenzione della corruzione

Il corso può essere diviso in due sezioni: la prima riguarda una sintetica carrellata sulle origini della L. n. 190/2012, sui principali contenuti del Piano Anticorruzione nazionale, sulle misure di prevenzione, sulla normativa della trasparenza e sui codici di comportamento.

La seconda descrive gli strumenti approntati da questa Azienda per realizzare il sistema di prevenzione richiesto dalla legge.

Il corso è disponibile sulla rete intranet - piattaforma "Moodle" - corsi FAD ed è accessibile senza bisogno di password. I dirigenti degli uffici sono stati invitati a dare ampia diffusione alla suddetta attività di formazione, invitando i propri collaboratori a seguire i moduli di cui si compone.

In ultimo, si precisa che per il suddetto costo verrà richiesto l'accreditamento presso la Commissione Regionale per la Formazione Continua (ECM)

## **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 del 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 stato 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 del 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 dall'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 e 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 aveva disposto le seguenti azioni:

- ai dirigenti, che rientravano 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 aveva predisposto:
  - un circolare esplicativa sulle disposizioni in materia di inconfiribilità 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 inconfiribilità 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 erano 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 ed era comunque visibile a tutti i dipendenti attraverso la rete intranet Aziendale.

Con Del ANAC n. 149 del 22/12/2014 è stato ridefinito il perimetro di applicabilità della misura negli enti sanitari, restringendolo al direttore generale, amministrativo e sanitario, di cui agli artt. 5, 8, 10 e 14 del D.lgs. n. 39/2013. Pertanto la circolare summenzionata e i relativi moduli, precedentemente richiesti ai dirigenti sopra specificati rimangono in vigore esclusivamente per le figure di vertice.

Ne consegue che:

- 1) le dichiarazioni ex art. 20 c. 1, ad esclusione di quelle relative al Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo, non costituiranno condizione di efficacia di nuovi eventuali incarichi dirigenziali;
- 2) La Circolare aziendale n. 1 esplicativa del D.lgs. n. 39/2013 deve intendersi sospesa e non più applicabile.

### e) Revolving doors o pantuflage

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

Nel corso dell'anno 2015 il controllo del rispetto della suddetta norma è stato concretizzato prevedendo le seguenti azioni:

- 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;
- Azioni in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53 c. 16 del D.lgs. n. 165/2001.

## 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

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

Dalla verifica dei procedimenti disciplinari, svolta a cadenza trimestrale a partire dal 2014 (si veda cap. 10 Monitoraggio sull'attuazione del P.T.P.C. 2016 – 2018) non sono emerse situazioni di illecito correlate alle norme del codice penale inerenti ai reati di corruzione.

## 8) 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 P.T.P.C. 2014 si ipotizzava la realizzazione nel corso del 2014 e che, invece, sono slittati al 2015:

<b>ATTIVITA'</b>	<b>TIPOLOGIA</b>	<b>CONCLUSIONE PREVISTA DAL P.T.P.C. 2014 - 2016</b>	<b>CONCLUSIONE PREVISTA DAL P.T.P.C. 2015 - 2017</b>
<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

Di seguito si elencano gli obiettivi raggiunti nel 2015:

<u>ATTIVITA'</u>	<u>TIPOLOGIA</u>	<u>CONCLUSIONE PREVISTA</u>
Realizzazione schede sui procedimenti disciplinari e monitoraggio trimestrale come da cap 7 lett. 1 del presente Piano	Codice	aprile 2015
Adempimenti trasparenza ex artt. 26 e 27 del D.lgs n. 33/2013	Trasparenza	maggio 2015
Predisposizione e pubblicazione trimestrale 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 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)
Giornate della Trasparenza (vedi P.T.P.I)	Trasparenza	11 dicembre 2015
Corso FAD sintetico da estendere a tutti i dipendenti dell'Azienda	Formazione	dicembre 2015
Monitoraggio a cadenza semestrale sull'applicazione delle misure ulteriori (fase del trattamento del rischio)	Gestione del rischio	entro il 31/12/2015
Monitoraggio sull'attuazione del piano anticorruzione e del Codice di comportamento	Obblighi di legge	entro il 31/12/2015

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

## 9) Obiettivi previsti nel triennio 2016 - 2018

In questa tabella sono riportati gli obiettivi del periodo 2016 – 2018:

ATTIVITA'	TIPOLOGIA	CONCLUSIONE PREVISTA
Estensione nella mappatura dei procedimenti da parte di strutture precedentemente escluse. Pubblicazione in Amministrazione Trasparente	Gestione del rischio	I semestre 2016
Accreditamento corso di formazione FAD	Formazione	I semestre 2016
Aggiornamento link modulistica sez "Attività e procedimenti"	Trasparenza	2016
Introduzione del monitoraggio sui rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti che con la stessa stipulano contratti ex lett. e) c. 9 art. 1 L. n. 190/2012	Prevenzione della corruzione	2016
Affinamento del processo sul trattamento del rischio 2014 aggiornandolo e, se il caso, individuando nuove "misure ulteriori"	Gestione del rischio	2016
Coinvolgimento di nuove strutture nell'analisi e nella valutazione del rischio	Gestione del rischio	2016
Individuazione delle sotto - sezioni di competenza delle varie strutture aziendali e del personale addetto alla trasmissioni dei documenti per la pubblicazione	Trasparenza	2016

Aggiornamento Codice di Comportamento a procedura aperta come stabilito dall'art. 17 del Codice di comportamento interno vigente	Codice	2017
Revisione della procedura di segnalazione di tutela della "sentinella civica"	Prevenzione della corruzione	2017
Attività formativa (sia d'aula sia "FAD") a seguito di eventuali modifiche normative	Trasparenza e anticorruzione	2016 - 2018
Aumentare "l'elaborabilità" dei documenti a pubblicità obbligatoria attraverso la creazione di formati aperti (.ods, .ccsv, pdf non img. ccc..)	Trasparenza	entro il 2018

Tabella n. 9: Obiettivi previsti per il 2016 – 2018

Altri obiettivi previsti in futuro e non ancora programmati:

**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, nel corso dei prossimi anni, 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, il proposito è quello di approntare dei questionari ad hoc per valutare il livello di corruzione percepita all’interno di questa amministrazione.

Nelle iniziative di cui sopra, 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. 12 di questo P.T.P.C.).

## 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:

<b>DIPARTIMENTO</b>	<b>S.C.</b>
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	S.C. SERVIZIO LEGALE
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. 2016 - 2018: attività programmate**

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 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 (generali e specifiche) previste dal presente P.T.P.C. nonché delle misure previste nel P.T.T.I. e degli obblighi del Codice di Comportamento, si basa sui singoli monitoraggi compiuti dai Referenti all'interno dei propri dipartimenti e strutture complesse. E' compito dei Referenti accertare il rispetto e la corretta applicazione delle misure di prevenzione, da parte dei propri dirigenti sotto ordinati. Questi ultimi sono chiamati ad una fattiva collaborazione nei confronti del Referente, verificando costantemente il rispetto della legalità da parte dei propri collaboratori. E' indispensabile, perciò che i Referenti creino un contesto organizzativo idoneo per favorire lo scambio di flussi di dati ed informazioni all'interno delle strutture aziendali coinvolte nelle attività di prevenzione della corruzione.

I Referenti hanno anche l'obbligo, per il tramite dei coordinatori (facilitatori), di trasmettere in forma aggregata, gli elenchi di tutti i processi/procedimenti coinvolti nel processo del rischio, da parte di tutte le strutture inserite nei dipartimenti che essi dirigono.

I contenuti di questi singoli monitoraggi sono comunicati al RPC dai Referenti, attraverso la compilazione di specifica reportistica a cadenza fissa, che, nel corso del 2015, è stata precisata nel dettaglio.

Di seguito vengono in dettaglio riportati tutti gli adempimenti connessi al monitoraggio relativo alla gestione del rischio, al rispetto sugli obblighi dei piani e dei codici, così.

Nelle lettere c) e d) sono invece indicati le procedure per i monitoraggi relativi ai tempi procedurali e al controllo sui procedimenti disciplinari, procedure applicate già dal 2014.

In fondo al paragrafo sono riportate le tempistiche dei documenti che attestano l'attività di verifica da parte dei Referenti

Tutte le comunicazioni relative ai reporting dovranno essere trasmesse direttamente dai Referenti Aziendali, o tramite i coordinatori (facilitatori), e inoltrate esclusivamente via mail all'indirizzo: [prev.corr@asl3.liguria.it](mailto:prev.corr@asl3.liguria.it).

**ATTIVITA' PROGRAMMATE AI FINI DEL MONITORAGGIO:**

- **TRASPARENZA** (vedi sez.II - P.T.T.I)

- **PREVENZIONE CORRUZIONE**

B1) Revisione processo gestione del rischio

B2) Monitoraggio dell trattamento del rischio

B3) Questionario sulle attività di monitoraggio: P.T.P.C./P.T.T.I./Codici di Comportamento

B4) Monitoraggio e termini previsti per la conclusione dei procedimenti

B5) Controlli sui procedimenti disciplinari

## ***B1) Revisione processo della gestione del rischio***

Proposte di aggiornamento e/o modifica della mappatura, valutazione del rischio e trattamento in vista dell'aggiornamento del P.T.P.C.

### **Criticità riscontrate nella gestione del rischio 2013 - 2014:**

- Sono state introdotte poche «misure», limitandosi ad adattare misure già applicate in precedenza perché previste da norme e regolamenti. Perciò queste misure sono spesso generiche e poco specifiche.
- Incoerenza tra le diverse fasi del rischio: si nota ancora difficoltà da parte degli uffici a collegare la fase della valutazione con quella del trattamento. Ad esempio, se nella valutazione, un processo/procedimento è stato considerato del tutto vincolato, nella fase dell'identificazione delle misure non si può scrivere che la misura di prevenzione ad esso collegato consiste ha lo scopo di arginare discrezionalità...
- A procedimenti molto simili viene applicata una stessa identica misura di prevenzione.
- Spesso le misure non sono applicabili perché troppo generiche limitandosi a descrivere il processo/procedimenti a cui dovrebbe essere applicata. In questo modo la fase del trattamento si riduce ad una mera attività di compilazione.
- Non sono state indicate, se non raramente criticità nell'applicazione delle misure; ciò fa pensare che l'attività di ricerca sia stata svolta senza che fosse stata preceduta da una profonda analisi e senza il coinvolgimento di gruppi di lavoro.
- Sono state riportate pedissequamente l'esemplificazione delle misure di cui all.to n. 4 del PNA, senza una analisi del contesto.

### **Indicazioni per la revisione 2015/2016:**

I Referenti, con la collaborazione dei dirigenti, a loro sotto ordinati, e dei coordinatori (facilitatori), hanno l'obbligo di:

- svolgere tutta l'attività connessa alla gestione del rischio nel corso dell'anno, mese per mese. Non deve trattarsi di un semplice adempimento burocratico, che inizia e si conclude con l'invio di un documento o di una tabella, ma di una verifica concreta che dà senso e significato a tutto il processo;
- favorire «la partecipazione e l'attivazione di meccanismi di consultazione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro, comunicando al RPC la data degli incontri dei gruppi ed i soggetti coinvolti;
- individuare le misure, concretamente applicabili, in modo da programmare tempi e responsabili nell'attuazione delle stesse;
- applicare realmente le misure idonee a contrastare la corruzione nell'ambito di un determinato processo a rischio; il lavoro e l'organizzazione dell'ufficio deve essere modificato in conseguenza del trattamento.

**Fasi da aggiornare:**

- a) Aggiornamento della mappatura dei dati (controllo dei dati presenti aggiornando quelli sorpassati: ad es. modificando i nominativi dei nuovi dirigenti o del personale, numeri di telefono, mail ecc...) Questa attività è il primo step della gestione del rischio, ma riguarda anche la trasparenza: i dati sono reperibili su: Home - Amministrazione trasparente - Attività e procedimenti - Tipologia di procedimento
- b) Eventuale inserimento di nuovi procedimenti o eliminazione di «vecchi» procedimenti
- c) Aggiornamento della identificazione (descrizione) dei rischi: rilettura dei rischio ed eventuale aggiornamento (l'aggiornamento dell'analisi richiesta nel 2016)
- d) Controllo delle misure di prevenzione ulteriori: nel P.T.P.C. sono state inserite misure «già applicate» e misure «nuove», che hanno trovato applicazione solo successivamente.
- e) Valutare la possibilità di introdurre nuove misure di prevenzione: obbligo riferito ad eventuali nuovi procedimenti ritenuti a rischio.

***B2) Monitoraggio del trattamento del rischio***

I Referenti, con la collaborazione dei dirigenti, a loro sotto ordinati, e dei coordinatori (facilitatori), hanno l'obbligo di:

- 1) Verificare il grado di applicazione delle misure di prevenzione individuate nella fase del trattamento del rischio;
- 2) Indicare gli estremi degli atti e le attività, le azioni che ne stanno garantendo l'operatività
- 3) Evidenziare problemi riscontrati nella applicazione delle misure, proponendo conseguenti correttivi e/o l'introduzione di nuove misure più efficaci
- 4) Relativamente alle misure specifiche di prevenzione previste ma non ancora applicate : confermare la tempistica programmata

Annualmente sono fornite tabelle per agevolare l'inserimento dei dati sopra esposti. Nell'all.to n. 3 del presente piano sono state pubblicate le tabelle richieste.

### *B3) Questionario sulle attività di monitoraggio: P.T.P.C./P.T.T.I./Codici di Comportamento*

In luogo della relazione prevista nel P.T.P.C. 2015 – 2017, nel 2015, per la verifica sull'assolvimento degli obblighi, la conoscenza, il rispetto e la vigilanza delle misure di prevenzione obbligatorie contenute nei piani e nei codici di comportamento, sono stati predisposti dei questionari a risposta multipla da compilare e trasmettere da parte dei Referenti Aziendali.

Si è ritenuto opportuno utilizzare ed estendere questo sistema di reporting a tutti i servizi a rischio corruzione della Asl3 al fine di favorire maggiore omogeneità, puntualità e concretezza al processo di analisi e verifica, ed in considerazione della peculiarità e complessità organizzativa di questa Azienda. Rispetto alla relazione libera, infatti, con questo strumento sono già stati individuati gli argomenti, le materie ed i processi che, allo stato attuale, si ritiene più utile sottoporre a controllo. Essi contengono una serie di domande che hanno lo scopo, da un lato, di appurare l'assolvimento degli obblighi, la conoscenza ed il rispetto delle misure di prevenzione introdotte nelle strutture della Asl; dall'altro di comprendere, a grandi linee, l'organizzazione che i vari uffici si sono dotati per rendere possibile l'applicazione delle nuove norme in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione.

Le domande ed i quesiti posti servono anche ad evidenziare le eventuali criticità riscontrate nel corso del tempo. Le risposte, a seconda dei casi, sono a contenuto libero, ovvero predeterminato da un menu a tendina, . E' stata inserita una terza colonna denominata "Precisazioni", in cui è possibile appunto chiarire meglio le risposte. I questionari non devono essere intesi come uno strumento di valutazione, ma come un tentativo di comprendere l'efficacia dei passi fin qui svolti nell'ambito della prevenzione della corruzione.

Sono previsti due tipi di questionari:

#### a. Questionari generali

I questionari generali, ovvero quelli che devono essere compilati da tutti i Referenti Aziendali, individuati dal PTPC 2015 - 2017 e dalla nota prot. n. 47200 del 13/04/2015 sono tre e riguardano il Piano, il Programma per la Trasparenza ed il Codice di Comportamento. Tutti i Referenti Aziendali sono tenuti a compilarli in ogni loro parte.

#### b. Questionari specifici

In considerazione degli obblighi ulteriori previsti dalle norme e dai piani sono stati predisposti questionari specifici rivolti alla S.C. Amministrazione del Personale, all'UPD e alla S.C. Acquisti ed Approvvigionamenti ed al Dipartimento Infrastrutture. La struttura e le modalità di compilazione sono le stesse di quelli generali. Naturalmente, i Responsabili delle strutture coinvolte sono tenuti a compilare anche i questionari generali.

Ogni anno i questionari verranno aggiornati a seconda delle esigenze e delle eventuali modifiche alla normativa. Nel monitoraggio del 2015 i questionari riguardavano: il rispetto e la vigilanza degli obblighi contenuti: a) nel PTPC, b) nel PTTI, c) nei Codici di Comportamento, d) nelle ulteriori attività richieste alla S.C. Amministrazione del Personale (e UPD ad essa afferente) e al Dipartimento delle Infrastrutture:

<b>OBBLIGHI PREVISTI P.T.P.C.</b>
<b>GESTIONE DEL RISCHIO (Cap. 4)</b>
Sono stati aggiornati i procedimenti mappati nel corso del 2013 - 2014?
Sono state riviste le valutazioni del rischio dei procedimenti mappati?
E' stato verificato il grado di applicazione delle misure specifiche di prevenzione (cfr. nota ID. n. 41820226 del 01/04/2015- indicare eventuali precisazioni e criticità sotto la colonna "Precisazioni")
Indicare il nominativo ed i riferimenti (telefonici e mail) dei dipendenti che si occupano della gestione del rischio della prevenzione della corruzione
<b>FORMAZIONE (Cap. 5)</b>
Indicare il numero dei propri dipendenti che hanno già svolto il corso FAD sulle materie della trasparenza e dell'anticorruzione
Sono stati predisposti dei momenti formativi interni alla Struttura sulla prevenzione della corruzione?
<b>ALTRE INIZIATIVE ATTUATE O DA ATTUARE NEL CORSO DEL TRIENNIO (Cap. 7)</b>
Sono pervenute delle denunce di fatti illeciti di cui all'art. 54 - bis del D.lgs. n. 165/2001 (whistleblower)?
In caso di risposta affermativa indicare il numero
In caso di risposta affermativa indicare se il denunciante è un dipendente o un collaboratore esterno
In caso di risposta affermativa indicare per ogni denuncia le azioni intraprese di cui alla pag. 47 del PTPC (istruttoria, secretazione dei dati, tutela del denunciante ecc..)
Sono pervenute delle denunce o delle segnalazioni anonime di fatti illeciti?
Se sì indicare il numero
Indicare il numero di procedimenti disciplinari istruiti all'interno del Dipartimento
Per ogni procedimento interno indicare le infrazioni violate, le sanzioni irrogate e l'attività svolta dal dipendente sanzionato (dirigente, del comparto, amministrativa, tecnica, sanitaria)
Qualora si fossero verificati casi di discriminazioni di dipendenti afferenti al proprio Dipartimento indicare le misure intraprese per la loro tutela (pagg. 48 e 49 del PTPC)
<b>MONITORAGGIO PROCEDIMENTI</b>
Viene attuato il monitoraggio trimestrale dei tempi dei procedimenti?
<b>OBBLIGHI PREVISTI CODICI DI COMPORTAMENTO</b>
<b>DIFFUSIONE DEI CODICI</b>
I codici sono stati trasmessi ai collaboratori esterni, appaltatori e/o fornitori?
A chi è stato notificato?

<b>INFORMATIVA COLLABORATORI ESTERNI (ART. 2)</b>
Nei capitolati speciali, nei disciplinari, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizione delle collaborazioni, delle consulenze e dei servizi è stata inserita la dicitura di cui all'art. 2 c. 3 riguardante l'informativa sull'estensione dell'applicabilità dei codici anche ai collaboratore esterni dell'Azienda?
Se la risposta è "no" spiegarne i motivi
<b>REGALI SUPERIORI AI 100 €. (ART. 4)</b>
Sono giunte comunicazioni da parte dei propri dirigenti che informavano di avere ricevuto dei regali di valore superiore ai 100 €?
Se sì (indicare il numero di comunicazioni)
Se la risposta è affermativa indicare se i beni sono stati restituiti o se sono stati messi a disposizione dell'azienda (tramite comunicazione scritta del beneficiante)
In base alla segnalazione dei dirigenti sotto - ordinati risultano denunce dei dipendenti del comparto sul ricevimento di regali sopra i 100 €?
Se sì (indicare il numero di comunicazioni)
Se la risposta è affermativa indicare se i beni sono stati restituiti o se sono stati messi a disposizione dell'azienda (tramite comunicazione scritta del beneficiante)
<b>PARTECIPAZIONE AD ASSOCIAZIONI E ORGANIZZAZIONI (ART.5)</b>
Il proprio personale è stato informato di quanto dispone l'art. 5 sull'obbligo di comunicare eventuali adesioni ad organizzazioni che potrebbero interferire con lo svolgimento delle attività della propria struttura?
Sono giunte comunicazioni dei propri dipendenti che informavano di avere aderito ad associazioni od organizzazioni i cui ambiti potrebbero interferire con le attività dell'ufficio?
Se sì indicare il numero di comunicazioni
A quanti dipendenti è stato chiesto di svolgere un'attività diversa per evitare un eventuale conflitto di interessi?
<b>COMUNICAZIONE CONFLITTI DI INTERESSE (ART. 6)</b>
I dipendenti che hanno preso servizio a partire da gennaio 2015 hanno ricevuto il modello per l'autocertificazione ex DPR n. 445/2000 e le informazioni per la sua compilazione?
Indicare il numero dei modelli compilati
<b>OBBLIGO DI ASTENSIONE (ART. 7)</b>
Indicare il numero di dichiarazione sul conflitto di interesse trasmesse dal dipendente intervenute nel corso dell'attività lavorativa
Indicare il numero dei casi in cui a cui è stato chiesto ai dirigenti sotto ordinati di astenersi e di assegnare la pratica ad altro dipendente (a seguito della loro autocertificazione di cui al punto precedente)
Indicare il numero dei casi in cui a cui è stato chiesto ai dipendenti del comparto di astenersi e di assegnare la pratica ad altro dipendente (a seguito della loro autocertificazione di cui al punto precedente)
<b>PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (ART. 8)</b>
E' stata monitorata l'attività svolta dai dirigenti sotto-ordinati?
In particolare, è stato verificato che i dirigenti del Dipartimento abbiano promosso ed accertato la conoscenza dei codici al proprio personale? (ad esempio attraverso opportuni incontri formativi?)
Sono state poste in essere iniziative per dar conoscenza ai proprio personale dell'obbligo di astensione di cui alle lett. "D" ed "E"?
<b>TRASPARENZA E TRACCIABILITA' (ART. 8)</b>
I dirigenti del Dipartimento hanno trasmesso i dati a pubblicità obbligatoria rientranti nelle proprie competenze?
<b>DISPOSIZIONI PARTICOLARI PER I DIRIGENTI (ART. 13)</b>

Sono stati distribuiti i moduli relativi alle attestazioni delle partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari di cui al c. 3 art. 13?
Sono stati distribuiti i moduli relativi alle partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari di cui al c. 3 art. 13 da parte dei dirigenti sotto - ordinati ?
<b>VIGILANZA, MONITORAGGIO E ATTIVITA' FORMATIVE (ART. 15)</b>
Sono stati attivati procedimenti disciplinari? (nelle note indicare il numero)
Sono stati attivati procedimenti disciplinari conseguenti alla violazione del Codice di Comportamento o del PTPC 2015 - 2017? (nelle note indicare il numero)
E' stato verificato che i dirigenti sotto-ordinati abbiano trasmesso copia dei codici ai soggetti terzi che svolgono attività inerenti al Dipartimento?
Indicare il numero dei soggetti terzi al quale e' stato notificato (suddiviso per le strutture di cui si compone il Dipartimento)
Sono state poste in essere iniziative per dar conoscenza ai propri collaboratori dell'obbligo di astensione di cui agli artt. 6 - bis della L. n. 241/90 e degli artt. 6 e 7 del Codice di Comportamento (rif. D ed E)? ( se la risposta è affermativa elencare le iniziative nella colonna successiva ovvero, se la risposta è negativa spiegarne i motivi
<b>COMPORAMENTO IN SERVIZIO (ART. 11)</b>
Sono state contestate violazioni inerenti al corretto uso delle risorse aziendali?
Sono stati contestate violazioni inerenti eventuali diverbi tra dipendenti degli uffici afferenti al Dipartimento ?
Sono stati contestate violazioni inerenti disciplinari riguardo alla violazione della legge sul divieto di fumo (L. n. 3/2003)?
Sono stati contestate violazioni inerenti alla corretta timbratura delle presenze da parte dei dipendenti loro assegnati?
Sono stati contestate violazioni inerenti al rispetto della normativa sulla sicurezza di cui al D.lgs. n. 81/2008?
Sono stati contestate violazioni inerenti alla presenza in servizio del proprio personale?
<b>OBBLIGHI PREVISTI S.C. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE</b>
<b>Codice di Comportamento</b>
Quante comunicazioni relative all'appartenenza ad associazioni e/o organizzazioni ex art. 5 sono state ricevute?
E' stata consegnata la modulistica sul conflitto di interesse prevista dall' art. 6 e 7 del Codice di Comportamento?
E' stato consegnato il Codice di Comportamento o il PTPC al personale neo assunto?
Indicare il numero del personale a cui sono stati trasmessi i documenti di cui al punto 3A
Gli incarichi dirigenziali a contratto sono stati contenuti nella misura massima percentuale dei posti effettivamente coperti dalla dotazione organica della qualifica dirigenziale?
In caso di risposta negativa segnalare l'eventuale scostamento e le azioni correttive proponendo anche strumenti di intervento in autotutela
Sono state pubblicate in "Amministrazione Trasparente" gli elenchi delle posizioni dirigenziali attribuite a persone anche esterne alle PP:AA. individuate discrezionalmente dalla Direzione Aziendale senza procedure di selezione in base all'art. 15 c. 5 del D.lgs. n. 33/2013?
<b>P.T.P.C.</b>
Al momento di assegnare un incarico ad un dirigente esterno è stato accertato che lo stesso non violi il disposto dell'art. 53 c. 16 Ter del TU del Pubblico Impiego (revolving doors)?
Al momento di assegnare un incarico dirigenziale o nella formazione delle commissioni per concorsi è

stato accertato il rispetto dell'art. 35 - bis del D.lgs. n. 165/2001?
In particolare nella formazioni di commissioni di concorso/selezione ai pubblici impieghi per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, di forniture e per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, non ch� per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere, la dichiarazione di insussistenza di cause ostative alla partecipazione quale componente/segretario delle commissioni ai sensi del DPR n. 445/2000 � stata adeguata con l'attestazione dell'assenza di condanne penali anche non definitive relative ai reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale?
<b>OBBLIGHI PREVISTI UPD</b>
Violazioni disciplinari
Indicare il numero di procedimenti disciplinari direttamente affidati all'UPD (distinti tra dirigenti e del comparto)
Indicare il numero di procedimenti disciplinari "minori"
Indicare le aree di rischio in cui si sono verificate violazioni che hanno dato avvio ai procedimenti affidati all'UPD (specificando l'ufficio che rientra tra quelli esposti al rischio corruzione)
Indicare le aree di rischio in cui si sono verificate violazioni che hanno dato avvio ai procedimenti "minori" (specificando se si tratta di un ufficio rientrando tra quelli esposti al rischio corruzione)
Indicare il numero di procedimenti disciplinari per violazioni di norme penali (distinti tra dirigenti e del comparto)
Per ogni procedimento indicare le sanzioni comminate:
Indicare il numero di procedimenti disciplinari per violazioni di norme penali relative alla corruzione
Indicare il tipo di art. violato (peculato art. 313; concussione art. 317; corruzione per l'esercizio di funzione art. 318; corruzione in atti giudiziari art. 319 - ter; induzione indebita a dare o promettere utilit� art. 319 - quater; corruzione di persona incaricata di pubblico servizio art. 320; corruzione di persona incaricata di pubblico servizio; istigazione alla corruzione art. 322; altro)
Indicare le aree di rischio dei procedimenti disciplinari istruiti per violazione di norme penali connesse a reati di corruzione (specificando: a) l'ufficio se rientra tra quelli esposti al rischio corruzione; b) se si tratta di personale dirigenziale o del comparto).
Indicare le sanzioni dei procedimenti disciplinari per violazioni del penale (e nello specifico di quelle corruttive)
Indicare il numero di violazioni del codice (procedimenti maggiori)
Indicare il numero di violazioni del codice (procedimenti minori)
Indicare le aree di lavoro dei dipendenti coinvolti nei procedimenti disciplinari
Indicare le aree di lavoro dei dipendenti coinvolti nei procedimenti disciplinari per violazione dei codici di comportamento
I dipendenti sottoposti a procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva sono stati ruotati (art. 16 c. I - quater D.lgs. n. 165/2001)?
Incarichi extra - istituzionali
Sono stati pubblicati i dati obbligatori ex art. 18 del D.lgs n. 33/2013 in Amministrazione Trasparente"? (incarichi conferiti ai dipendenti (dirigenti e non) in cui siano indicati l'oggetto, la durata e l'importo degli incarichi.
Con quale frequenza vengono pubblicati? (in teoria ogni volta che viene autorizzato un incarico)
Indicare il numero degli incarichi autorizzati e il numero di quelli retribuiti
Indicare il numero degli incarichi non autorizzati specificando il motivo della mancata autorizzazione
Indicare se sono pervenute delle segnalazioni di incarichi extra istituzionali non autorizzati
Indicare il numero delle verifiche (eventualmente effettuate) anche sulla base delle segnalazioni dei

Responsabili delle Strutture Aziendali e delle verifiche a campione del Servizio Ispettivo
Indicare il numero di richieste che pervengono oltre i termini utili e quelle pervenute quando l'incarico è già stato parzialmente o interamente svolto
Indicare se sono giunte richieste di autorizzazione redatte su modulo non appropriato o in violazione del Regolamento interno
Indicare se sono state accordate sanatorie successive all'avvio dell'attività oggetto dell'incarico
<b>OBBLIGHI PREVISTI DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE</b>
<b>COMPORAMENTO NEI RAPPORTI PRIVATI (Codice art. 10)</b>
Indicare le misure predisposte per assicurare il rispetto delle disposizione di cui al c. 3 : " a) il dipendente non anticipa i contenuti specifici di procedimenti di gara, di concorso o di altri procedimenti, che prevedano una selezione pubblica comparativa ai fini dell'ottenimento di contratti di lavoro, di prestazione di servizi o di fornitura, di facilitazioni, e benefici in generale; b) non diffonde i risultati di procedimenti, prima che siano conclusi")
<b>CONTRATTI ED ALTRI ATTI NEGOZIALI (Codice di Comportamento art. 14, Codice dei dei Contratti e Del. ANAC)</b>
I bandi di gara sono stati predisposti sulla base dei modelli (bandi tipo) approvati dall'Autorità?
Indicare i nominativi ed i riferimenti (telefonico e mail) dei dipendenti che si occupano della predisposizione degli atti e della documentazione amministrativa necessaria all'espletamento delle procedure di appalto di servizi, lavori e affidamenti
Sono state intraprese misure per il rispetto del punto 5 c. 1 del presente art. che prevede il divieto di inserire nei capitolati speciali caratteristiche tecniche che possano favorire un concorrente piuttosto che un altro?
E' stato garantito l'alternarsi dei componenti delle commissioni nei casi di valutazione delle offerte secondo il criterio dell'offerta più vantaggiosa?
Le procedure in economia relative agli acquisti ed alle forniture tra i 20 ed i 40.000 €. sono avvenute nel rispetto dei principi di cui al c. 11 dell'art. 125 del D.lgs. n. 163/2006?
Nelle procedure di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi è stata garantita la rotazione del RUP?
E' stata trasmessa all'ANAC la documentazione di cui all'art. 37 DL. n. 90/2014 (così come convertito dalla L. n. 114/2014)?
L'affidamento di incarichi di progettazione avviene tenendo presente le Linee guida di cui alla Det. ANAC n. 4/2015?
In caso di conflitto di interesse il dirigente si è astenuto dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto?
Indicare il numero di eventuali astensioni comunicate dai dipendenti di cui al punto precedente In base ai modelli predisposti sx art. 6 del Codice di Comportamento)
<b>INESISTENZA DI SITUAZIONI DI REVOLVING DOOR (PANTUFLAGE) (P.T.P.C - Cap. 7)</b>
Nei bandi di gara, negli atti prodromici agli affidamenti o nei contratti (anche mediante procedura negoziata) è stata inserita la condizione soggettiva per gli operatori economici che partecipano a procedure di affidamento di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non avere attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Asl3 per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro?
Viene richieste una dichiarazione del legale rappresentante di non aver concluso contratti di lavoro di cui al punto 1 C?
La clausola di cui al punto "1 C " specifica adeguatamente che la mancata osservanza comporta l'esclusione delle procedure di affidamento con l'obbligo di restituzione alla Asl di eventuali compensi percepiti in esecuzione dell'affidamento?

<b>VIOLAZIONI CODICI DI COMPORTAMENTO</b>
Nei contratti di acquisizione di beni o servizi sono state inserite apposite disposizioni o clausole di risoluzione del rapporto in caso di violazione da parte delle imprese fornitrici e dei suoi collaboratori degli obblighi derivanti dai Codici di comportamento?
Alle imprese o ditte fornitrici è stata inviata copia del Codice di Comportamento aziendale?
<b>DIVIETI AI CONDANNATI EX ART. 35 TU P.I.</b>
Al momento di assegnare un incarico, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti all'acquisizione di beni, servizi e forniture è stato accertato il rispetto dell'art. 35 - bis del D.lgs. n. 165/2001?
al momento della costituzione delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi è stato accertato il rispetto dell'art. 35 - bis del D.lgs. N. 165/2001?
<b>MONITORAGGIO RAPPORTI TRA ASL ED I SOGGETTI CHE CON LA STESSA STIPULANO CONTRATTI (ART. 1 C9 LETT. E) L. N. 190/2012)</b>
Viene richiesta una dichiarazione da parte del legale rappresentante dell'operatore economico che partecipa alla procedura di affidamento, in cui si attesti l'insussistenza di relazioni di parentela o affinità, o situazioni di convivenza o frequentazione abituale tra i dipendenti della propria impresa (compresi amministratori ed i soci) ed i dirigenti e i dipendenti della Asl?

*Tabella n. 11: Domande questionari P.T.P.C. – Codici di Comportamento*

#### ***B4) Monitoraggio e termini previsti 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

Nel corso del 2015 il monitoraggio dei tempi dei procedimenti si è svolto regolarmente allargandosi ad altre strutture:

## Monitoraggio tempi procedurali 2015

- Dipartimento Amministrativo: monitoraggio procedimenti 2015
- Dipartimento Economico Gestionale: monitoraggio procedimenti 2015
- Dipartimento Cure Primarie (distretti sanitari): monitoraggio procedimenti 2015
- Dipartimento Infrastrutture: monitoraggio procedimenti 2015
- Dipartimento Prevenzione: monitoraggio procedimenti 2015
- Presidio Ospedaliero Unico: monitoraggio procedimenti 2015

Tabella n. 12: Monitoraggi tempi procedurali

### ***B5) 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 prevedente, per garantire un monitoraggio più puntuale si svolgono incontri trimestrali tra il RPC e l'UPD al fine di verificare con tempestività 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 di sintesi relativi al triennio 2013-2015 sono reperibili scaricando le relazioni annuali recante l'attività svolta ex art. 1 c. 14 L. n. 190/2012, all'indirizzo:

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

In base dati dell'UPD i risultati del monitoraggio vengono riassunti in una tabella, tenuta costantemente aggiornata in cui sono stati suddivisi i procedimenti disciplinari in minori e maggiori individuando le violazioni del Codice di Comportamento:

trimestre	n.	Tipologia procedimenti	Motivo	Esito al 31/03/2015	penalmente rilevanti	penalmente rilevanti con sanzioni
-----------	----	------------------------	--------	---------------------	----------------------	-----------------------------------

penalmente rilevanti x fatti di corruzione	correlazione codice e artt. violati	area in cui si è verificato il fatto	Struttura	dirigente	dipendente del comparto
--	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------	-----------	-------------------------

ADEMPIMENTI	TIPOLOGIA MONITORAGGIO	DATA
1. a) Scheda individuazione ref. trasparenza e b) »sez. «Amm.ne Trasparente» di propria competenza	OBBLIGHI DI TRASPARENZA E P.T.T.I	1mo dicembre di ogni anno
2. Modello autocertificazione trasparenza	OBBLIGHI DI TRASPARENZA E P.T.T.I	30 giugno e 31 dicembre di ogni anno
3. Questionario sull'attività di monitoraggio	MONITORAGGIO SULLE MISURE OBBLIGATORIE PRESENTI NEL P.T.P.C., P.T.T.I. E NEI CODICI DI COMPORTAMENTO	Metà novembre di ogni anno
4. Revisioni processo del rischio per agg. P.T.P.C	GESTIONE DEL RISCHIO E P.T.P.C.	30 giugno di ogni anno
5. Monitoraggio trattamento rischio	GESTIONE DEL RSCHIO E P.T.P.C.	30 novembre di ogni anno
30 Monitoraggio tempi dei procedimenti	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Entro il 15simo giorno del mese successivo al trimestre di riferimento
31 Controllo procedimenti disciplinari	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Controllo periodico (4 volte all'anno)

Tabella n. 13: Elenco monitoraggi e tempistiche 2015



**SEZIONE II**

**PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA  
E L'INTEGRITA'  
2016 - 2018**

## 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](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](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**

Il collegamento si realizza attraverso la valorizzazione della trasparenza e l’inserimento nel ciclo della Performance di obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione. Nel 2014 gli sforzi si sono concentrati sull’aspetto relativo alla trasparenza. Con l’aggiornamento del 2015 anche sul secondo.

- **Performance e trasparenza.**

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 strette correlazioni 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 ATTRAVERSO 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	INCONTRO CON IL COMITATO PARITETICO CONSUNTIVO	0%	100%
	GIORNATA DELLA TRASPARENZA	0%	100%

TRASPARENZA	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. 14: Obiettivi della 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](http://delibere.asl3.liguria.it/pdf/deliberazioni/2013/2013_790_1_31_Pubblico.pdf)

- **Obiettivi performance sulla prevenzione della corruzione**

All'interno del ciclo della Performance 2015, è stato inserito un obiettivo, comprensivo di indicatori e di target, assegnato ai Direttori di Dipartimento (che risultano essere anche Referenti Aziendali della Prevenzione della Corruzione) e riguardante l'attuazione del neocostituito sistema di monitoraggio del P.T.P.C. (comprensivo del processo del rischio), del P.T.T.I. e del Codice di Comportamento.

Il raggiungimento o meno di questo specifico obiettivo di prevenzione della corruzione verrà dato conto all'interno della Relazione della Performance (da adottarsi entro il 30 giugno 2016); quindi a consuntivo l'amministrazione dovrà verificare i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto all'obiettivo programmato con rilevazione degli eventuali scostamenti:

AREA	Performance/Appropriatezza
<b>Obiettivo operativo</b>	<p><u>Trasparenza e Prevenzione Corruzione</u>: Dare concreta attuazione al ruolo di coordinamento assegnato dal PTPC 2014 - 2016 e dal Codice di Comportamento, all'interno delle proprie strutture, in relazione alla puntuale e omogenea applicazione delle misure di prevenzione della corruzione e del rispetto delle norme sulla trasparenza, così come promosse dal Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione (RPC). Nell'ambito delle funzioni relative alla prevenzione della corruzione i Direttori di Dipartimento svolgono le funzioni di Referenti Aziendali della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione.</p>
<b>INDICATORE</b>	<p>1) Trasmissione semestrale al RPC di una nota che attesti che tutti i documenti obbligatori di competenza del proprio Dipartimento sono stati pubblicati  2) Predisposizione di una relazione annuale in cui vengano precisate le attività svolte dai propri dirigenti sulle attività di prevenzione della corruzione e di applicazione del Codice di Comportamento  3) Trasmissione via mail, secondo le indicazioni fornite successivamente, dal RPC, della revisione dell'analisi dei processi, della valutazione e del trattamento del rischio</p>
<b>TARGET 2015</b>	<p>1) Trasmissione delle note di cui al punto 1) della col. "Indicatori di risultato"; rispettivamente il 30/06/2015 e 15/12/2015.  2) Trasmissione della relazione di cui al punto 2) e completa delle indicazioni successivamente fornite dal RPC, entro il 15/12/2015;  3) Invio della mail di cui al punto secondo le indicazioni fornite dal RPC nel corso dell'anno. Monitoraggio: Relazione del RPC</p>

Tabella n. 15: Obiettivo inserito nel Piano della Performance 2015

I risultati serviranno a comprendere lo stato di attuazione del piano, la sua efficacia ed i correttivi eventualmente da intraprendere per rendere le attività di prevenzione più efficace e concreta.

**c. Termini e modalità di adozione del Programma**

Il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione proporrà l'aggiornamento del programma, ai vertici amministrativi di questa Azienda per l'approvazione formale entro il 31 gennaio di ogni anno.

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 la “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: ovvero 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.

La “Giornata della Trasparenza” 2015 si è tenuta al museo di Museo Sant’Agostino l’11 dicembre scorso.

Questa Azienda ritiene che il miglioramento delle relazioni passi attraverso la capacità di questi ultimi di ascoltare, incontrare ed anticipare le attese ed i bisogni degli utenti.

L'incontro di quest'anno non si è limitato a presentare ai cittadini le attività strettamente legate alla trasparenza, alla performance e all'applicazione degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione, ma illustrare le attività messe in piedi nel corso dell'anno dedicate soddisfare concretamente la domanda di salute ed a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie:

- Ambulatorio mobile: <http://www.asl3.liguria.it/ambulatorio-mobile.html>
- Numero verde gratuito per riduzione tempi di attesa:  
<http://www.asl3.liguria.it/numero-verde-gratuito-per-riduzione-tempi-d-attesa.html>
- Offerta degli screening: <http://www.screening.asl3.liguria.it/>

Tutti i partecipanti hanno ricevuto l'attestazione di partecipazione a firma del Direttore Amministrativo dell'Azienda.

#### **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).

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.

A partire dal 2016 saranno comunicati a Liguria di Digitali tutti i nominativi delle strutture coinvolte nella trasmissione dei dati obbligatori, autorizzati alla richiesta di pubblicazione dei dati (si rinvia al cap. 11 per ulteriori informazioni).

## **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 PTTI, 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”.

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

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

1) Tutti i dirigenti (anche coloro che non sono considerati rientranti nelle aree a rischio), devono:

- verificare, tra la serie di documenti, informazioni e dati presenti nei suesposti elenchi, quelli di propria competenza;
- inviare, per il tramite dei coordinatori (facilitatori) della trasparenza, la documentazione di cui al punto precedente alla S.S. Relazioni Esterne URP – Liguria Digitale all’indirizzo redazione.sito@asl3.LIGURIA.IT, 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

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

- Predisporre adeguate misure organizzative in modo da ricevere da parte dei propri Dirigenti subordinati, tutti i dati 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.it](mailto:prev.corr@asl3.liguria.it) l'assolvimento degli obblighi di trasparenza relative al proprio Dipartimento.
- Inviare al RPC la tabella in cui si specifichi le sotto – sezioni di competenza e il soggetto scelto per la pubblicazione dei dati

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	Inviano i dati in formato aperto		Controllano che i dati siano effettivamente pubblicati. In caso contrario contattano Liguria Digitale		
Liguria Digitale		Publicano 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 Liguria Digitale per modifiche strutturali alla sezione "Amm. Trasp."
URP						Collabora con il Responsabile alle modifiche della sezione

*Tabella n. 16: 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) Interconnessione P.T.T.I. e gestione del rischio**

La circolare n. 1 del 25/01/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica relativa alla L. 190/2013, nel trattare, tra l'altro, del raccordo tra il Responsabile della prevenzione e gli altri organi e figure presenti nell'amministrazione, evidenzia previsione di un "un collegamento tra il piano di prevenzione e il programma triennale per la trasparenza", che "il programma per la trasparenza deve essere coordinato con il piano per la prevenzione della corruzione in modo da assicurare un'azione sinergica ed osmotica tra le misure e garantire la coincidenza tra i periodi di riferimento" e che "il collegamento tra le attività non può non riversarsi anche sul collegamento /coordinamento tra le figure deputate a svolgerle.

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 illustrano 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.

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:

<b>TITOLO PROCEDIMENTO:</b> .....	
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. 17: Scheda dei dati obbligatori sui procedimenti amministrativi*

Nel corso del 2015 la mappatura dei procedimenti è stata estesa anche alle seguenti strutture:

- S.C. Affari generali;
- S.C. Cure Primarie
- Dipartimento Farmaceutico
- POU
- S.C. Consultorio

- SS Centro Studi (DS 13)
- Urp (Dipartimento Economico Gestionale)

Inoltre sono state incluse delle strutture interne dei Dipartimenti rientranti nelle aree a rischio. Successivamente (si rimanda al P.T.P.C cap. 4) La gestione del rischio).

## 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. Luigi Bertorello, 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 2014/2015:**

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.**

Il RPC, attraverso il PTPC, deve «monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei provvedimenti» (L. n. 190/2012 art. 1 c. 9 lett. d)

«Le amministrazioni provvedono altresì al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio sono consultabili nel sito web istituzionale di ciascuna amministrazione» (L. n. 190/2012 art. 1 c. 28).

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, i dirigenti, per il tramite dei Referenti, utilizzano le due tabelle appositamente predisposte che sono state aggiornate nel corso del 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 stata 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", 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) Miglioramento della sotto – sezione ex artt. 16 e 17 D.lgs. n. 33/2013**

Come previsto negli obiettivi del P.T.P.C. 2015 – 2017 sono stati inseriti i dati previsti dagli artt. 16 e 17 D.lgs. n. 33/2013 della sotto – sezione di I livello “Personale”, sotto – sezioni di II livello “Dotazione Organica” e “Personale non a tempo indeterminato” .:

- Conto annuale del personale (e relative spese sostenute, nell’ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l’indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali);
- Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali;
- Elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato con indicazione delle diverse tipologie di rapporto della distribuzione di questo personale tra le diverse qualifiche e aree professionali (da pubblicare in tabelle);
- Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, articolato per aree professionali (da pubblicare in tabelle).

L’inserimento è avvenuto entro il I semestre 2015 dopo aver contattato il Responsabili delle struttura competente che ha provveduto a ricercate ed elaborare i dati richiesti.

### **7) Aggiornamento della sezione previste dagli artt. 26 e 27 D.lgs. n. 33/2013.**

Come previsto negli obiettivi del PTPC 2015 2017 sono stati pubblicati, in tabelle, i dati ex artt.26 e 27 D.lgs. n. 33/2013 previsti all’interno della sotto –sezione “Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici ovvero:

” i dati relativi a concessioni di sovvenzioni, contributi, sussidi economici di qualunque genere, a favore di persone, private e pubbliche, di importo superiore a 1.000 €.

La pubblicazione di tali dati risulta particolarmente importante in quanto costituisce condizione legale di efficacia dei provvedimenti che dispongono tali concessioni e/o attribuzioni.

Al fine di ottemperare a quanto previsto dalla suddetta normativa è stato chiesto alle strutture competenti di verificare se, fra le procedure della propria struttura, esistono attività riconducibili alle suddette fattispecie, e, nel caso, a provvedere a compilare l'allegata tabella inserendo i dati con decorrenza 1 gennaio 2015.

I Responsabili di tali dati hanno ottemperato a quanto disposto a partire dal periodo aprile/maggio 2015.

## 8) 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).

## 11) Obiettivi di trasparenza

Gli obiettivi di trasparenza del triennio 2015 – 2017, di seguito riportati, sono stati raggiunti parzialmente:

- 1 Elaborazione di una tabella trimestrale relativa ai dati degli incarichi istituzionali: da inserire con tempestivo aggiornamento nell'apposita sezione del sito
- 2 Giornata della Trasparenza 2015 (11 dicembre 2015)

- 3 Inserimento dei dati ex artt. 26 e 27 del D.lgs. n. 33/2013.
- 4 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”
- 5 Aumento “l’elaborabilità” dei documenti a pubblicità obbligatoria attraverso la creazione di formati aperti

Gli obiettivi previsti nel 2015 e non ancora completamente raggiunti sono stati riproposti per il triennio 2016 – 2018:

1) Aggiornamento link modulistica sez "Attività e procedimenti"  
Trasparenza (entro il 2016)

2) Aumentare “l’elaborabilità” dei documenti a pubblicità obbligatoria attraverso la creazione di formati aperti (.ods, .ccsv, pdf non img. ..2016 – 2018)

Inoltre sono stati introdotti i seguenti nuovi obiettivi:

3) Individuazione delle sotto – sezioni di competenza delle varie strutture aziendali e del personale addetto alla trasmissioni dei documenti per la pubblicazione (entro aprile 2016)

4) Estensione nella mappatura dei procedimenti ad ulteriori strutture aziendali (da pubblicare entro il 2016)

## 12) Attività di verifica: monitoraggio sulla trasparenza

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.

Nel 2015 è stata strutturato un sistema di monitoraggio complessivo, le cui linee generali sono state descritte nel presente PTPC a cui si rinvia.

In questa sede si riportano le attività strettamente attinenti alla trasparenza

### **ATTIVITA' PROGRAMMATE AI FINI DEL MONITORAGGIO DELLA TRASPARENZA:**

- 1. Individuazione Referente Trasparenza e compilazione tabella sezioni di competenza di "Amministrazione Trasparente"**
- 2. Compilazione autocertificazione di aver ottemperato agli obblighi di trasparenza**
- 3. Questionario relativo al rispetto delle norme contenute nel P.T.T.I. (A pag. XXXII è riportato il questionario sull'attività di vigilanza condotta dai Referenti in ambito trasparenza)**

### **1) Individuazione Referente Trasparenza e compilazione tabella sezioni di competenza di "Amministrazione Trasparente"**

L'obbligo prevede la compilazione di apposita scheda preimpostata in cui vengono formalmente:

- individuati i documenti a pubblicità obbligatoria di propria competenza (la cui ricerca ed individuazione era già stata richiesta con nota prot. n. 99512 del 18/07/2013) facendo riferimento all.to n. 1 del Del. ANAC n. 55/2013;
- evidenziati il nominativo/i del/dei dipendente/i che si occupa/no delle attività connesse alla trasparenza amministrativa (ricerca, raccolta e trasmissione dei dati).

I dipendenti così individuati posso trasmettere i documenti a pubblicità obbligatoria afferenti alle proprie competenze da trasmettere redazione.sito ( e x cc a prev.corr). Qualunque altro dipendente, non presente nella scheda suddetta non potrà più richiedere aggiornamenti e/o modifiche alla sezione "Amministrazione Trasparente".

Il personale è scelto dai Referenti, ovvero, negli uffici in cui non è stato nominato, perché non rientranti nelle aree a rischio, dal dirigente responsabile

I nominativi verranno indicati nel corso del 2016 e considerati Referenti Aziendali Sito (RAS) per le attività relative alla trasparenza.

### **2) Compilazione autocertificazione di aver ottemperato agli obblighi di trasparenza**

L'obbligo prevede la compilazione del modello, riportato alla pagina successiva e relativo al II semestre, in cui viene attestato che i documenti obbligatori sono stati individuati e segnalati al RT.

Sono previste due autocertificazioni durante l'anno, relative al I e al II semestre.

A partire dalla attestazione del II semestre 2015 si dovrà anche dichiarare di avere svolto il confronto tra i dati obbligatori previsti dal D.lgs. n.33/2013 e le attività rientranti nelle

competenze del proprio ufficio. Lo scopo del documento è quello di aumentare la consapevolezza da parte dei dirigenti del loro nell'ambito della trasparenza:

*i dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge. (c. 3 art. 43 D.lgs. n33/2013).*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 47)

*Il sottoscritto ..... nato a ..... Il  
 ..... Referente Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e dirigente  
 responsabile del Dipartimento/Struttura Complessa: .....*

*consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di  
 dichiarazioni mendaci; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità*

D I C H I A R A C H E N E L C O R S O D E L I I S E M E S T R E 2 0 1 5

- In base ai documenti obbligatori riportati nell'all.to n. 1 del D.lgs. n. 33/2013, sono stati individuati e segnalati al Responsabile della Trasparenza della Asl3 Genovese, tutti quelli di propria competenza o di competenza dei dirigenti, sottoposti alla propria responsabilità,;
- tutti documenti, di cui al punto precedente, sono stati trasmessi ed inseriti nella relativa sotto –sezione, della sezione di “Amministrazione Trasparente”, rispettando i termini previsti dalla norma per la loro pubblicazione;
- tutti i documenti, di cui al punto precedente, sono completi, ovvero riportano le informazioni richieste dal D.lgs. n. 33/2013 e relativo allegato, sono aggiornati e si riferiscono a tutti gli uffici del proprio Dipartimento/Struttura;
- nei limiti del possibile, tutti i documenti pubblicati sono in formato aperto, sono riutilizzabili e risultano facilmente consultabili e comprensibili;
- la pubblicazione dei dati succitati da parte del servizio informatico è avvenuta nel modo richiesto e corretto (in caso contrario è stata prontamente contattata l'assistenza informatica)

D I C H I A R A I N O L T R E D I E S S E R E C O N S A P E V O L E C H E

In caso di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, il Responsabile della Trasparenza ha l'obbligo di procedere alle segnalazioni di cui al c. 5 dell'art. 43 del D.lgs. n. 33/2013

Tabella n. 18: Facsimile autocertificazione trasparenza

### 3) Questionario relativo al rispetto delle norme contenute nel P.T.T.I

Infine, si riporta il questionario a cui i Referenti dovevano rispondere per verificare le attività svolte nel corso dell'anno:

<b>OBBLIGHI PREVISTI P.T.T.I</b>
Procedura di trasmissione e pubblicazione dei dati
E' stato verificato, tra la serie di documenti, informazioni e dati presenti nell'all.to 1 del D.lgs. n. 33/2013 e delle Linee Guida della Del Civit n. 50/2013 quelli afferenti al proprio Dipartimento?
E' stata compilato la tabella "Individuazione strutture responsabili all'elaborazione e trasmissione dei dati?"
Indicare il nominativo ed i riferimenti (telefono e mail) dei dipendenti che si occupano della raccolta e dell'invio dei dati, specificare per ogni dipendente la serie dei documenti trasmessi (pag. XIV del Piano)
Sono stati garantiti il tempestivo e regolare flusso delle informazioni a pubblicità obbligatoria all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente"?
Qualità dei dati trasmessi
I dati trasmessi sono aperti, aggiornati, integri, completi, tempestivi di semplice consultazione?
Se non lo sono, o lo sono solo in parte spiegare le difficoltà o i problemi riscontrati
I dati oggetto di pubblicazione sono stati oggetto di controllo per verificare violazioni della Privacy?
Attestazioni
I dirigenti del Dipartimento hanno comunicato al Referente Aziendale (Direttore di Dipartimento) le attività svolte per ottemperare alla normativa ex D.lgs. n. 33/2013, (indicando il tipo di documenti pubblicati e la frequenza con cui li hanno aggiornati)?
Sono stati individuati e segnalati al Responsabile della Trasparenza tutti i dati di propria competenza o di competenza dei dirigenti sottoposti alla propria responsabilità?
Aggiornamento mappatura dei procedimenti (Trasparenza)
Nel corso del 2015, sono state apportate modifiche alla mappatura dei procedimenti ex art. 35 D.lgs n.33/2013 33/2013?
Sono stati individuati i documenti da allegare nei procedimenti mappati ad istanza di parte?
Sono stati comunicati i link da cui scaricare i documenti dei procedimenti ad istanza di parte?
I link sono stati inseriti nella colonna "atti e documenti da allegare all'istanza, la modulistica, i facsimile di autocertificazione"?
Accesso Civico
Sono giunte segnalazioni da parte di cittadini su casi di inadempimento anche parziale degli obblighi di pubblicità in relazione a dati di competenza del proprio Dipartimento o Struttura?
Se sì quali?

Tabella n. 19: Questionario relativo alla vigilanza sul P.T.T.I.