



***PIANO TRIENNALE DI
PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE E DELLA
TRASPARENZA
2017 - 2019***



SOMMARIO

PTPCT

Sommario

Sommario tabelle e allegati.....	3
1) Introduzione. Novità introdotte nel P.T.P.C.T. 2017 - 2019	4
2) Sintesi delle modifiche apportate	8
3) Metodologia impiegata	9
4) Obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza	10
5) Soggetti coinvolti	11
6) La gestione del rischio	21
I) Il contesto esterno.....	22
II) Il contesto interno	23
III) La mappatura dei processi.....	25
IV) La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione.....	32
V) Il trattamento del rischio.....	33
7) Formazione in tema di anticorruzione	37
8) Codici di comportamento	46
9) L'accesso civico	47
10) La trasparenza amministrativa	50
a) Organizzazione dei flussi informativi: i soggetti preposti all'individuazione, elaborazione e alla trasmissione dei dati	52
b) Organizzazione dei flussi informativi: la pubblicazione informatizzata dei dati	58
c) Disposizioni organizzative per assicurare la regolarità dei flussi informativi.....	59
d) Performance e trasparenza.	63

e) Iniziative di comunicazione: La giornata della Trasparenza	66
f) Principale attività svolta nel corso del 2016:.....	67
g) Attività di verifica: monitoraggio sulla trasparenza	68
11) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse.....	68
12) Incarichi extra-istituzionali	70
13) Inconferibilità – incompatibilità ex D.lgs. n. 39/2013	71
14) Indicazione dei criteri di rotazione del personale	73
15) Revolving doors o pantouflage.....	76
16) Whistleblower (Sentinella Civica).....	78
17) 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.....	83
18) Monitoraggio sull’attuazione del P.T.P.C. Individuazione dei Referenti, dei tempi e delle modalità di informativa.	85
a) Individuazione dei referenti:	85
b) Monitoraggio sull’attuazione del P.T.P.C. 2017 – 2019: attività programmate.....	86
19. Rendiconto degli obiettivi raggiunti	108

Sommario tabelle e allegati

TABELLE “P.T.P.C.T.”2017 – 2019

- Tabella n. 1: Soggetti coinvolti;
- Tabella n. 2: Matrice dei valori;
- Tabella n. 3_a: Tabella pivot sul numero di misure applicate suddivise per le strutture aziendali (2015);
- Tabella n. 3_b: Tabella pivot sulle nuove strutture coinvolte nella gestione del rischio (valutazione e trattamento) nel 2016;
- Tabella n. 4: Tabella n. 4: elenco dei corsi formativi sulla lotta alla corruzione realizzati nel corso del 2013;
- Tabella n. 5: numero operatori coinvolti nel corso FAD (dato aggiornato al dicembre 2015),
- Tabella n. 6: Tabella di sintesi dei soggetti tenuti alla individuazione e trasmissione dei dati;
- Tabella n. 7: processo di pubblicazione e soggetti coinvolti;
- Tabella n. 8: Rendiconto obiettivo di prevenzione della corruzione inserito nel Piano della Performance 2015;
- Tabella n. 9: Individuazione dei Referenti;
- Tabella n. 10: Questionari compilati relativi al rispetto del PTPC e dei Codici di Comportamento (per gli anni 2015 e 2016),
- Tabella n. 11: Questionario sul monitoraggio attività specifiche del S.C. Servizio Amministrazione del Personale
- Tabella n. 12: Questionario sul monitoraggio attività specifiche del Dipartimento Infrastrutture,
- Tabella n. 13: Elenco monitoraggi e tempistiche 2017,
- Tabella n. 14 - 15: Obiettivi realizzati e non realizzati nel 2014,
- Tabella n. 16: Obiettivi del 2015,
- Tabella n. 17: Obiettivi del 2016,

ALLEGATI:

- Allegato n. 1 “Registro e valutazione dei rischi” (procedimenti ad alto e medio rischio), di pagg. 11;
- Allegato n. 2 “Analisi del rischio dei nuovi processi/procedimenti, di pagg. 5;
- Allegato n. 3 “programma attività anticorruzione e trasparenza 2017 – 2019” di pag. 1;
- Allegato n. 4 “Cronoprogramma attività 2017 – 2019 (Diagramma di Gantt)”, di pag. 1.
-

1) Introduzione. Novità introdotte nel P.T.P.C.T. 2017 - 2019

Una delle modifiche più significative apportate al D.lgs. n. 33/2013 è quella che prevede la piena integrazione del Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità nel piano triennale di prevenzione della corruzione che, pertanto, ora assume la denominazione di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.). Pertanto, all'interno del P.T.P.C.T. è presente la sezione dedicata alla trasparenza.

In linea con le norme anticorruzione, con le modifiche del D.lgs. n. 97/2016, con le disposizioni dei PNA 2013 e 2016 e sulla base degli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Generale, il presente P.T.P.C.T. è stato elaborato ed aggiornato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Il presente Piano viene adottato dalla Direzione Generale entro il 31 gennaio 2017 ed entro un mese dalla sua adozione verrà pubblicato nella sottosezione di Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

Esso copre il triennio 2017 – 2019 e sarà aggiornato con cadenza annuale; in esso viene data contezza delle iniziative, delle misure attuate o programmate e degli obiettivi che si vuole raggiungere nel corso di detto triennio.

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

Questo Piano ha lo scopo di mettere in evidenza le misure obbligatorie disposte dai PNA, di analizzare le attività ed i processi maggiormente esposti al rischio di corruzione, di individuare le misure più idonee di contrasto ad ogni eventuale episodio corruttivo, di identificare i soggetti interni preposti alla vigilanza, al monitoraggio ed alle attività di prevenzione, per innalzare il livello di legalità e di trasparenza dell'Azienda.

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

Il P.T.P.C.T. di questa Azienda conferma gli obiettivi esplicitati dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2013:

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

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

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

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 2013)

L’assetto normativo di riferimento risulta ancora in parziale evoluzione, definito solo di recente in maniera abbastanza compiuta e soggetto 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 invitava 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 inconferibilità 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) D.P.R. n. 62/2013: Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici;
- f) Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali per l’attuazione dell’art. 1 commi 60 e 61 della L. n. 190/2012;
- g) Circolare n. 1 del DFP: “legge n. 190 del 2012”;
- h) Del. CIVIT n. 105/2010 – n. 2/2012 e n. 50/2013: “Linee guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016” e relativi allegati;
- i) Del. CIVIT n. 71 e n. 74 del 2013 sulle attestazioni degli OIV;
- j) Del. CIVIT n. 23/2013 sulle funzioni degli OIV negli enti del SSN;
- k) Circolare n. 2/2013 della CIVIT (ora ANAC) – attuazione della trasparenza;
- l) D.lgs. n. 150/2009;
- m) D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;
- n) L. 241/90 e s.m.i.;

- o) D.L. n. 90 del 24/06/2014 convertito con Legge n. 114 dell' 11 agosto 2014;
- p) Aggiornamento 2015 al PNA (Del. ANAC n. 12/2015);
- q) PNA 2016 (Del. ANAC n. 831/2016)
- r) D.lgs. n. 97/2016 recante "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza";
- s) Bozza linee guida ANAC: Schema di linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del D.lgs. 33/2016 "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e titolari di incarichi dirigenziali", come modificato dall'art. 13 del D.lgs. 97/2016;
- t) Deliberazione ANAC n. 1309 del 28.12.2016 "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co.2 del D.lgs. 33/2013. Art. 5- bis, comma 6, del D.lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»";
- u) Deliberazione ANAC n. 1310 del 28.12.2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs. 97/2016".

2) Sintesi delle modifiche apportate

Il P.T.P.C.T. 2017 – 2019, tenendo conto delle indicazioni contenute nella normativa e nei PNA, secondo le modifiche/integrazioni intervenute rispettivamente a seguito del D.lgs 97/2016 e del PNA 2016 si è proposto di intervenire sulle seguenti tematiche:

- Coinvolgimento degli organi di indirizzo nella predisposizione del piano, attraverso l'individuazione degli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza (gli obiettivi sono stati descritti nel cap. 4 "Obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza");
- Aumento qualitativo della gestione del rischio;
- Maggiore coinvolgimento del NdV;
- Accorpamento del Programma della Trasparenza (P.T.T.I.) nel Piano Anticorruzione (ora denominato P.T.P.C.T.) ai fini di semplificazione e snellimento delle attività. All'interno del documento deve essere chiaramente identificata la sezione relativa alla trasparenza (nel presente Piano essa è stata inserita come cap. 9 e denominata: "La trasparenza amministrativa");
- Conduzione delle attività di monitoraggio sull'attuazione delle misure specifiche, da intendersi come strumento di responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nell'attuazione delle misure, concependo le misure stesse e la loro applicazione come obiettivi di performance organizzativa ed individuale;
- Applicazione dell'istituto dell'accesso civico, così come modificato dal D.lgs. n. 97/2016;
- Favorire modifiche organizzative per dare ulteriore applicazione alla rotazione ordinaria;
- Recepire le novità relative all'istituto del whistleblower;
- Sviluppo dell'analisi del contesto esterno ed interno ai fini della gestione del rischio;
- Rafforzamento della formazione come strumento fondamentale della prevenzione, mirato a favorire non solo un'acquisizione di cognizioni tecniche o giuridiche relative alla normativa anticorruzione e ad una più puntuale conoscenza dei fattori di rischio, ma anche a favorire un cambiamento culturale nell'Azienda;
- Aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale.

3) 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 5.

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.

In linea con le norme anticorruzione, con le disposizioni del PNA e con l'Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali per l'attuazione dei commi. 60 e 61 della L. n. 190/2012, sancita il 24/07/2013, il Piano triennale – comprensivo della sezione della trasparenza è stato aggiornato dal Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed adottato dai vertici aziendali entro il 31 gennaio di ogni anno. Esso copre un triennio e sarà aggiornato con cadenza annuale. Il presente aggiornamento copre il periodo 2017 – 2019.

Come prevede la normativa sulla trasparenza il P.T.P.C.T. sarà pubblicato nella relativa sotto – sezione del link di Amministrazione Trasparente

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.

4) Obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza

In base all'art. 1 c. 8 della L. n. 190/2012 la Direzione Generale ha definito gli obiettivi strategici e le finalità da perseguire, come di seguito riportati, costituenti contenuto necessario ai fini dell'adozione del PTPC 2017 – 2019:

- **FORMAZIONE COME STRUMENTO DI CONTINUA ALIMENTAZIONE E DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELLA LEGALITÀ**
 - Prosecuzione dell'attività di formazione del personale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza ampliando il numero dei destinatari del corso FAD relativo alle disposizioni di cui alla L. n. 190, D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.
 - Aggiornamento formativo specifico FAD, in tema di appalti pubblici, rivolto al personale operante in tali aree a rischio;
 - Verifica del rispetto degli obblighi posti in capo ai dirigenti responsabili di struttura, in merito all'accertamento della conoscenza da parte del personale di appartenenza dei Codici di Comportamento.
- **AMPLIAMENTO DEL PROCESSO DELLA GESTIONE DEL RISCHIO**
 - Individuazione di eventuali ulteriori aree o attività dell'Azienda che potrebbero essere soggette a rischio di corruzione, alle quali applicare la metodologia di valutazione e trattamento del rischio.
- **PROMOZIONE DI UN MAGGIOR LIVELLO DI TRASPARENZA**
 - Aggiornamento delle Strutture e dei dati relativamente ai procedimenti amministrativi pubblicati su Amministrazione Trasparente e verifica di eventuali ulteriori procedimenti da sottoporre a mappatura e pubblicazione;
 - Promozione dell'accesso civico generalizzato attraverso:
 - L'elaborazione di un documento informativo da rendere disponibile ai cittadini/utenti/portatori di interesse sul sito istituzionale;
 - Chiarimenti in occasione della Giornata della Trasparenza del 2017.;
 - Ampliamento della comunicazione istituzionale e coinvolgimento dei portatori di interesse anche attraverso la promozione di momenti di partecipazione e confronto allo scopo di comprendere esigenze ed eventuali criticità finalizzate al miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi;
 - Avvio di un percorso informativo con i portatori di interesse in merito alle modifiche organizzative adottate dall'Azienda che coinvolgano gli utenti/pazienti.

Nell'ottica della realizzazione di un effettivo collegamento tra il Piano Anticorruzione e la Performance, risulta opportuno tradurre le **misure specifiche di Prevenzione della**

Corruzione e Trasparenza indicate nel P.T.P.C.T. in **obiettivi organizzativi ed individuali** da assegnarsi alle Strutture e loro Dirigenti.

Infine, si riportano gli obiettivi già programmati nei P.T.P.C. 2016 - -2018 che saranno portati a termine nel triennio successivo:

- a) Aggiornamento Codice di Comportamento a procedura aperta come stabilito dall'art. 17 del Codice di comportamento interno vigente (termine previsto entro il 2017)
- b) 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 (conclusione prevista: entro il 2018)
- c) Revisione della procedura di segnalazione di tutela della sentinella civica (non appena sarà resa operativa la piattaforma on line dell'ANAC)
- d) Aumentare l'elaborabilità dei documenti a pubblicità obbligatoria (progressivamente nel corso del triennio)
- e) Migliorare il processo della gestione del rischio dei processi/procedimenti già inseriti nel registro dei rischi (progressivamente nel corso del triennio)

5) Soggetti coinvolti

a) Ruolo della Direzione Generale

Con le modifiche introdotte dal D.lgs n. 97/2016 all'art. 1 c. 8 della L. n. 190/2012:

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

b) Nomina e compiti del Responsabile anticorruzione e trasparenza

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 della Corruzione e della trasparenza (RPCT), quale soggetto di coordinamento e propulsione di tutte le misure di contrasto alla corruzione amministrativa.

Con deliberazione n. 821 del 7/12/2016 è stato nominato, quale RPCT, la Dottoressa Cecilia Solari, dirigente amministrativo a tempo indeterminato e direttore di struttura complessa, che ha sostituito la Dottoressa Cristina Cenderello.

Tra i compiti individuati dalla L. 190/2012 è prevista l'elaborazione della proposta del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Nell'ambito delle sue competenze il RPCT secondo l'art. 8 del Codice di comportamento Aziendale, può:

- *in qualsiasi momento, richiedere alle Strutture Aziendali informazioni e dati relativi a determinati settori di attività;*
- *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;*
- *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, secondo 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 DFP (Dipartimento Funzione Pubblica) dispone:

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

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

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

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

c) Nomina e ruolo dei Referenti

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 il responsabile. Il P.T.P.C. può stabilire confronti periodici per relazionare al responsabile, fatte salve le situazioni di urgenza".

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 RPCT 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 RPCT, per il tramite dei coordinatori (facilitatori) (vedi successiva lett. d), 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) 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 la 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.

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

Ai fini di un efficace coordinamento tra il RPCT ed i Referenti e i 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 agli obblighi relativi alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento alla gestione del rischio e al fine 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, sono chiamati a svolgere unicamente compiti decisionali; dall'altro, a rendere più omogenee, 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 RPCT delle relative relazioni a riscontro della suddetta attività di controllo, trasmettendo via mail (prev.corr@asl3.liguria.it) i documenti e le relazioni richieste. 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 Aziendale ovvero ad inviarli direttamente al RPCT.

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

e) 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 Direttori di struttura complessa e semplice e complessa, affinché fossero pienamente consapevoli da un lato, del ruolo assegnato al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, quale soggetto di coordinamento e di impulso nell'attività di prevenzione e, dall'altro, dal ruolo della 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 l'art. 16 comma 1 lett. 1-bis, 1-ter, 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 all' art. 8 lett. c. 2 del Codice di Comportamento aziendale.

La collaborazione [dei dirigenti] è fondamentale “per consentire al RPCT 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).

f) Ruolo del Nucleo di Valutazione

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

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

Il N.d.V.:

- riceve le segnalazioni del RPCT relative ai casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nella sezione della trasparenza e l'integrità e quelli indicati nel Piano della Performance;
- svolge attività di vigilanza dei Codici assicurando il coordinamento tra il contenuto dei codici ed il sistema di misurazione e valutazione della Performance;
- fornisce supporto 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 della pubblicazione dei dati obbligatori ex D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i..

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

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

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

A partire dal 2013 il N.d.V.:

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

- ha attestato la veridicità e l'attendibilità dei dati pubblicati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" rispetto al D.lgs. n. 33 e s.m.i., secondo le indicazioni fornite dalla Del. ANAC n. 43/2016. Il documento di attestazione è stato redatto in data 25/02/2016.

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

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

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

- cura e propone, sulla base degli esiti di cui all'art. 55-bis D.lgs. n. 165/2001, l'aggiornamento del Codice di Comportamento, con la supervisione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- tiene la raccolta delle segnalazioni delle condotte illecite e sanzionate con particolare riguardo alle violazioni dei Codici predisponendo, con cadenza periodica e, comunque, entro il 30 novembre di ogni anno, le schede annuali nelle quali vengono 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 con indicazione delle 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.

h) Tutti i dipendenti

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

- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- segnalano al proprio Responsabile di Struttura le situazioni di illecito ai sensi dell'art. 54 – bis del D.lgs. n. 165/2001;
- osservano le misure previste dagli artt. 4, 5, 6 e 7 del Codice di Comportamento ex DPR. n. 62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale.

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

- danno il proprio contributo al processo della gestione del rischio, con compiti e mansioni assegnate dal proprio responsabile, in accordo con il Referente aziendale, attraverso la partecipazione di appositi gruppi di lavoro (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 sfornamento dei termini fissati, le motivazioni, in fatto ed in diritto, che giustificano il ritardo, ai sensi dell'art. 3 della L. n. 241/1990.

i) Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, presente sul territorio in sette sedi, si pone come primo punto di ascolto e informazione dei cittadini. Si occupa anche dell'attività di tutela ossia della gestione di tutti i reclami ed elogi, proposti da utenti direttamente o tramite associazioni di volontariato, inerenti i servizi svolti e/o di pertinenza dall'A.S.L. n. 3 "Genovese" e tramite i vari canali di comunicazione (mail o protocollo generale). L'attività dei reclami riguarda tutte le segnalazioni pervenute all'Azienda sia a carattere sanitario sia tecnico-amministrativo e viene gestita mediante richiesta alle Strutture Complesse e Semplici, ai Dipartimenti e ai Distretti competenti per la fattispecie del reclamo stesso. Tramite i reclami si esplicano anche le conseguenti proposte di miglioramento alla Direzione riguardo alle aree rilevate critiche e nel coordinamento dei rapporti con le Associazioni di Volontariato e il Terzo Settore, anche tramite il loro coinvolgimento nel Comitato Misto Consultivo aziendale, organismo obbligatorio ai sensi dell'art. 14 del D.lgs. n. 502/1992.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico assume un ruolo sempre più importante nei rapporti con la cittadinanza anche in riferimento alle politiche di prevenzione alla corruzione. Inoltre, con

l'introduzione dell'accesso civico generalizzato ex D.lgs. n. 97/2016, l'invio delle richieste dei cittadini può avvenire anche tramite la consegna manuale alle sedi URP aziendali (sempre firmate ed accompagnate da fotocopia di un documento di identità in corso di validità), che provvederanno a scansionare la richiesta e ad attribuire un protocollo generale.

j) I portatori di interesse (stakeholder)

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

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

I Portatori di Interesse o Stakeholder di ASL 3 Genovese sono tutti gli attori o gruppi attivamente coinvolti, a vario titolo, nelle attività dell'organizzazione. Nello specifico sono da considerarsi stakeholder dell'Azienda le seguenti categorie: i Cittadini fruitori dei servizi sanitari, i Familiari, le Associazioni di volontariato, le Associazioni di Malattia, le Associazioni dei Consumatori, gli Enti pubblici e Istituzioni, i Sindacati, i Patronati, i Media, gli Ordini Professionali, i Dipendenti dell'Azienda sanitaria, le Pubbliche Assistenze, i Fornitori, le Strutture Pubbliche e Convenzionate, gli Studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari.

k) 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”.

l) I collaboratori/consulenti esterni

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



Tabella n. 1: Soggetti coinvolti

6) 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” art. 1 c. 5 lett. a) della 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).

A decorrere dagli 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”.

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

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

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

I) Il contesto esterno

L'azienda Sanitaria Locale 3 "Genovese" è costituita da 40 comuni, per una superficie totale di circa 1060 Km², pari a un quinto del territorio della Regione Liguria.

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

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

L'età media è molto elevata (48 anni), in linea con quella ligure ma notevolmente più elevata della media italiana, pari a 43 anni.

Il territorio dell'azienda confina con le province di Alessandria e Piacenza a nord/nord-est, con il territorio dall'ASL 4 "Chiavarese" ad est/sud-est, con la provincia di Savona ad ovest ed è delimitato a sud dal Mar Ligure.

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

La popolazione genovese presenta una "criticità di tipo demografico", dovuta all'alto indice di vecchiaia e al basso tasso di natalità. Al contrario, gli indicatori socio-economici presentano in genere valori comparabili o migliori rispetto a quelli nazionali e regionali. All' 1 gennaio 2013 la popolazione residente nella Asl 3 Genovese, secondo i dati ISTAT integrati con le Anagrafi Comunali, era di 725.247 unità. Il saldo demografico è variabile negli anni, con una prima inversione di tendenza verso un saldo positivo nel 2014 (dato riferibile alla provincia di Genova, fonte www.geodemo.it).

II) Il contesto interno

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

I Distretti rappresentano l'unità funzionale dell'assistenza sanitaria erogata dall'ASL: il punto di partenza dei percorsi clinici, che possono prevedere o meno - al loro interno - una "tappa" ospedaliera, ma nel territorio debbono concludersi. Fanno parte del territorio di ASL3 quattro stabilimenti ospedalieri (Villa Scassi a Sampierdarena, Padre Antero Micone a Sestri Ponente, Gallino a Pontedecimo, La Colletta ad Arenzano) integrati tra loro nel Presidio Ospedaliero Unico, in grado di erogare prestazioni specialistiche in regime di ricovero. Il Direttore Generale, nominato dalla Regione, è l'organo di indirizzo, programmazione e governo dell'Azienda. E' il legale rappresentante dell'Azienda ed ha la responsabilità complessiva della stessa. E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi indicati dalla Regione nonché della corretta ed economica gestione dell'Azienda.

In particolare, sono riservati al Direttore Generale:

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

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

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

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

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

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

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

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

La A.S.L. 3 ha optato per un processo di budgeting di tipo "bottom up", in cui però la formulazione delle proposte dei centri di responsabilità viene indirizzata dalle linee guida della Direzione Generale.

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

III) La mappatura dei processi

Questa fase del processo del rischio è partita analizzando in primis i procedimenti amministrativi, già mappati per assolvere agli obblighi di trasparenza di cui all'art. 35 del D.lgs. n. 33/2013.

Inizialmente, la mappatura ha riguardato le attività degli uffici rientranti nelle aree a rischio prese in considerazione dall'art. 1 c. 16 della L. 190/2013 come quelle giudicate più sensibili al rischio di corruzione (e che il PNA 2013 aveva definito come "aree obbligatorie"): 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.

Avvertendo l'esigenza di estendere l'analisi a tutti i procedimenti aziendali, seppur gradualmente in considerazione della complessità e dell'elevato numero degli stessi, 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.

Nel 2016 la mappatura ha interessato anche due ulteriori procedimenti/processi di tutti e sei i Distretti Sanitari.

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 "obbligatorie" assumeranno la denominazione più appropriata di "aree generali" (Aggiornamento PNA 2015).

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
<u>Direzione Amministrativa</u>	Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionali del personale	Controllo sul rispetto, da parte del personale avente titolo all'esercizio dell'attività libero-professionale, delle disposizioni in materia

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

Nel contempo 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 dell'aggiornamento del PNA nel 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 delle fasi precedenti di progettazione e di quelle successive relative all'esecuzione del contratto:

<u>SC/DIPARTIMENTO</u>	<u>STRUTTURA</u>	<u>PROCEDIMENTO</u>
DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE	S.C GESTIONE TECNICA CENTRO LEVANTE/PONENTE	Conferimento incarichi
DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE	S.C GESTIONE TECNICA CENTRO LEVANTE/PONENTE	Approvazione progetti
DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE	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 GIURIDICO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Attività inerenti la stipula di contratti, convenzioni e protocolli d'intesa
<u>DIPARTIMENTO GIURIDICO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Attività inerenti l'autorizzazione di studi sperimentali ed osservazionali
<u>DIPARTIMENTO GIURIDICO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Attività inerenti la rogatoria di atti in forma pubblica
<u>DIPARTIMENTO GIURIDICO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Registrazione contratti
<u>DIPARTIMENTO GIURIDICO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Gestione corrispondenza aziendale a valenza generale
<u>DIPARTIMENTO GIURIDICO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Procedimento di scarto documentale
<u>DIPARTIMENTO GIURIDICO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	Pubblicazione provvedimenti aziendali all'albo ufficiale on line
		<u>PROCEDIMENTO (di parte)</u>
<u>DIPARTIMENTO GIURIDICO</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 GIURIDICO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	<u>Donazione di beni mobili e di somme di denaro</u>
<u>DIPARTIMENTO GIURIDICO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	<u>Accesso agli atti amministrativi formati o detenuti stabilmente dalla S.C. Affari Generali</u>
<u>DIPARTIMENTO GIURIDICO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	<u>Procedimenti relativi a richieste risarcitorie conseguenti a sinistri, anche in autoassicurazione</u>
<u>DIPARTIMENTO GIURIDICO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	<u>Procedimenti inerenti la stipula di contratti, convenzioni e protocolli d'intesa</u>
<u>DIPARTIMENTO GIURIDICO</u>	<u>S.C. AFFARI GENERALI</u>	<u>Procedimenti inerenti l'autorizzazione di studi sperimentali ed osservazionali</u>
<u>DIPARTIMENTO GIURIDICO</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
		PROCEDIMENTO (d'ufficio)
<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:

<u>SC/DIPARTIMENTO</u>	<u>STRUTTURA</u>	<u>PROCEDIMENTO</u>
<u>Staff della Direzione Generale</u>	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 sono state chiamate a procedere nelle attività successive: la valutazione ed il trattamento.

Contemporaneamente le strutture che hanno già procedimenti sottoposti a valutazione e trattamento hanno proceduto all'aggiornamento delle attività *presenti nel registro dei rischi, come riportato nel registro dei rischi all.to n.1 al presente Piano.*

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

Già a decorrere dal 2014 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).

Successivamente, 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
		IMPATTO				

Tabella 2: Matrice dei valori

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

Di seguito è riportata la sintesi dei risultati ottenuti dall'analisi della ponderazione sulla valutazione dei rischi suddivisi per struttura dipartimentale, secondo un andamento decrescente: 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".

V) Il trattamento del rischio

A decorrere dalla 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. 18 "Monitoraggio sull'attuazione del P.T.P.C.T.).

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

Di seguito si riporta la tabella riepilogativa delle strutture per le quali sono state applicate le misure ulteriori nel corso del 2015.

Tabella n. 3_a: Tabella pivot sul numero di misure applicate suddivise per strutture aziendali (2015)

Nel corso del 2016 tutte le strutture che, in precedenza, avevano analizzato i rischi sono state ricontattate, attraverso una serie di incontri specifici, affinché procedessero ad una revisione delle fasi della gestione del rischio; l'obiettivo è stato quello di migliorare la qualità dell'analisi rendendola meno burocratica e più concreta, realmente connessa al contesto in cui tali uffici operano. Contestualmente si sono svolti incontri con altre strutture, a prevalente carattere sanitario, al fine di estendere il perimetro di attività da ricomprendere nell'analisi organizzativa dei rischi, come dettagliatamente evidenziato nella tabella 3b).

Conteggio di PROCEDIMENTO		
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	Totale
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Dipartimento di Prevenzione	3
	S.C. Igiene Alimenti di origine Animale	21
	S.C. MEDICINA LEGALE	9
	S.C. Sanità Animale	6
	S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	5
	S.C. Igiene e Sanità Pubblica	27
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Totale		71
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	26
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO Totale		26
DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE	DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE	
	S. C. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	
	S.C. GESTIONE TECNICA CENTRO LEVANTE	
	S.C. GESTIONE TECNICA CENTRO PONENTE	
DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE Totale		
Dipartimento Cure Primarie e attività distrettuali	Dipartimento Cure Primarie e attività distrettuali	
	Direttore del coordinamento e gestione dell'area geriatrica	
	DS 13 - S.S. Centro Studi	
	S.C. Cure Primarie settore Trasporti Sanitari	
	S.C. ASSISTENZA CONSULTORIALE	4
	S.C. Cure Primarie	
	DS 10	1
	DS 13	
	DS 12	
	DS 9	
	DS 8	
	DS 11	
Dipartimento Cure Primarie e attività distrettuali Totale		5
Direzione Amministrativa	Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionali del personale	
Direzione Amministrativa Totale		
POU	ARCHIVIO OSPEDALIERO DELL'OSPEDALE VILLA SCASSI, COLLETTA, GALLINO, MICONE.	
	DDMMOO	
	SEGRETERIE DDMMOO	
POU Totale		
DIPARTIMENTO GIURIDICO	Formazione	8
	S.C. AFFARI GENERALI	14
DIPARTIMENTO GIURIDICO Totale		22
Totale complessivo		124

Tabella n. 3_b: Tabella pivot sulle nuove strutture coinvolte nella gestione del rischio (valutazione e trattamento) nel 2016

Nel 2017 nell'ottica di perseguire gli obiettivi strategici individuati dalla Direzione Generale si proseguirà nel percorso finalizzato individuare ulteriori aree ed attività dell'Azienda che potrebbero essere soggette a rischio di corruzione e nello specifico:

- 1) Area anziani
- 2) Area psichiatrica
- 3) Assistenza Penitenziaria
- 4) Cure Palliative
- 5) Area tecnico informatica
- 6) Attività libero professionale *intramoenia* (ALPI)

7) Formazione in tema di anticorruzione

Premessa

Affinché sia possibile implementare, all'interno dell'Azienda, politiche di contrasto alla corruzione sempre più efficaci e consapevoli, viene dato particolare risalto all'attività formativa. L'importanza della formazione, come essenziale strumento di prevenzione, è stata affermata già dalla L. n. 190/2012 ed è stata ulteriormente ribadita nei PNA 2013 e 2016.

Le attività formative svolte nel periodo 2013 - 2016 sono state programmate, secondo un approccio differenziato, realizzando specifici momenti formativi a seconda delle diverse esigenze e del diverso ruolo ricoperto dal personale: in primis sono state rivolte ai dipendenti chiamati a collaborare con il Responsabile della Prevenzione, ai Referenti ed ai dirigenti; in seguito al personale operante nelle aree a rischio. Successivamente sono stati realizzati percorsi didattici più sintetici a beneficio di tutti i dipendenti.

Elenco delle attività svolte nel periodo 2013 - 2016

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

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

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

Il materiale realizzato e utilizzato per l'esposizione in aula delle materie della prevenzione della corruzione, ha poi 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.T.). Di conseguenza, i Referenti della Prevenzione della Corruzione, hanno individuato, nell'ambito delle strutture afferenti ai propri dipartimenti/distretti, il personale più esposto al rischio di corruzione.

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

<u>DIPARTIMENTO/S.C.</u>	<u>PARTECIPANTI:</u>
S.C. LEGALE	3
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	42 (S.C. SIC. ALIMENTARE) + 41 (PSAL)+ 20 S.C Medicina Legale
DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE	44
DIPARTIMENTO ECONOMICO	10
DIPARTIMENTO AMMISTRATIVO	11
DS 8	10
DS 9	30
DS 10	21
DS 11	14
DS 12	24
DS 13	21
TOTALE:	291

Tabella n. 5: Numero operatori coinvolti nel corso FAD (dato aggiornato al dicembre 2015)

Da un controllo svolto alla fine del 2016 risulta che il 99,9% dei dipendenti per i quali il corso era stato reso obbligatorio lo ha effettivamente portato a termine.

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

contribuito 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 inconfiribilità. 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 inconfiribilità 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!

Oltre al corso FAD suesposto sono state organizzate le seguenti 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), 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 del biennio 2014 – 2015 è stato attivato 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 state 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.

Durante il 2015 l'attività formativa ha riguardato anche 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 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 SS.CC. Affari Legali, Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane, Amministrazione del Personale, Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti, Economato	Sede di via Bertani, sala riunione pano -2, 01/07/2015
Il sistema interno di monitoraggio anticorruzione	Direttori dei Distretti sanitari, della S.C. Aggiornamento e Formazione e del	Genova Quarto, biblioteca, 19/06/2015

	Dipartimento di Prevenzione	
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, S.C. OSRU 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 Distretti 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 del Distretto 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, di otto moduli, 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 si è ritenuto utile predisporre un nuovo 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, nelle sue linee essenziali, 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 denominato “La L. n. 190, i Piani e le misure anticorruzione” è diviso in due sezioni: la prima inerente a una sintetica carrellata sulle motivazioni che hanno determinato l’adozione 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 attuare in concreto il sistema di prevenzione richiesto dalla legge.

I due moduli come sopra descritti si concludono con un test finale di valutazione.

Benché il corso non fosse stato individuato come obbligatorio i dirigenti sono stati invitati a dare una ampia diffusione alla suddetta attività di formazione, all’interno ai propri uffici.

A partire da febbraio 2016 è stato accreditato presso la Commissione Regionale per la Formazione Continua (ECM). Al personale sanitario che conclude questo percorso formativo vengono assegnati 8 crediti ECM. Alla fine del 2016 sono stati 723 dipendenti che hanno seguito il corso.

Durante il 2016 sono state organizzate nuove 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 da un lato l’aggiornamento dei procedimenti/processi già mappati dall’altro per verificare l’effettiva applicazione delle norme contenute nel Piano Anticorruzione. In particolare sono state fornite istruzioni su come procedere all’aggiornamento del rischio, il quale deve consistere in un riesame completo ed approfondito dei processi, un esame ragionato e non formale, ma concreto e realmente adeguato a fronteggiare le potenziali situazione di rischio corruzione:

- Incontro con le strutture afferenti all’area tecnica, gare, appalti, acquisizioni di beni e servizi: 21/04/2016 presso l’Ufficio del Direttore Amministrativo in Via Bertani, 4;
- Incontro con le strutture afferenti all’area amministrativa: 25/05/2016, presso l’Ufficio del Direttore Amministrativo in Via Bertani, 4;
- Incontro con il Dipartimento di Prevenzione: 17/06/2016 presso l’aula 3, Il piano della S.C. Aggiornamento e Formazione;
- Incontro con il POU e il Dipartimento Farmaceutico: 15/06/2016 presso l’aula 3, Il piano della S.C. Aggiornamento e Formazione;
- Incontro con il Dipartimento delle Cure Primarie ed Attività Distrettuali presso l’aula n. 5 della S.C. Aggiornamento e Formazione, Quarto;
- Incontro di approfondimento sui nuovi processi da analizzare rivolto ai direttori dei Distretti Sanitari (Dipartimento delle Cure Primarie e delle Attività Distrettuali): 26/09/2016 presso la sala riunioni della biblioteca di Quarto.

Altri momenti formativi hanno riguardato strutture che ancora non erano state coinvolte nel processo della gestione del rischio. Durante i seguenti incontri è stata illustrata la metodologia relativa all'analisi dei processi, alla valutazione ed al trattamento del rischio, ponendo l'accento sul fatto che tale attività non deve essere intesa come burocratica – amministrativa, ma come un processo di analisi ponderata con il coinvolgimento, non solo del dirigente, ma di tutti i dipendenti che prestano, a vario titolo, la loro opera nell'ambito dei processi giudicati più rischiosi:

- Incontro con la S.C. Assistenza Consultoriale: 21/06/2016 presso la sede della Prevenzione della Corruzione II piano palazzina della biblioteca di Quarto;
- Incontro con i dirigenti dell'area anziani, disabili, dipendenze: 14/07/2016 presso l'aula riunioni IV piano di Via Bertani, 4.

Durante gli incontri tutti i partecipanti hanno ricevuto il materiale e le schede necessarie da compilare per assolvere alle attività della gestione del rischio e del monitoraggio.

Infine, nella seconda metà del 2016, all'interno dei seguenti progetti formativi rivolti al settore sanitario, sono state inserite 8 ore di insegnamento sulla divulgazione degli aspetti salienti della normativa anticorruzione:

- a. "Innovazione delle performance clinico organizzative": 4 ore;
- b. "Come la nuova legislazione impatta sull' agire del Coordinatore delle Professioni Sanitarie": 4 ore.

Attività di formazione prevista per l'anno 2017

Con riferimento al corso FAD "La L. n. 190, i Piani e le misure anticorruzione" si prevede di:

- Aggiornarne i contenuti, considerate le modifiche legislative, il PNA 2016 e le nuove linee guida dell'ANAC in tema di trasparenza, nel contempo intervenute;
- Renderlo a frequentazione obbligatoria per tutto il personale delle aree individuate a rischio (ad esclusione dell'area "contratti pubblici"), oltreché mantenerlo facoltativo al resto del personale, puntando ad un ampliamento dei destinatari, anche attraverso un invito diretto da parte dei dirigenti;
- Integrare il suddetto corso FAD con una specifica sezione aggiuntiva, relativa al tema degli appalti pubblici, da rendere a frequentazione obbligatoria per tutto il personale operante nell'area "contratti pubblici". Ampliare il numero dei destinatari del corso FAD (di due moduli) relativo alle disposizioni di cui alla L. n. 190.

Per l'anno 2017 è stato previsto, per alcuni Dirigenti di Struttura, un obiettivo specifico di budget relativo alla tenuta di incontri di divulgazione e approfondimento sui contenuti dei Codici di Comportamento.

Anche in questo anno si programmeranno incontri in aula con i Referenti Aziendali finalizzati ad illustrare nel dettaglio le modalità di aggiornamento del processo del rischio.

Ad ogni nuova struttura, che nel corso dell'anno sarà fatta rientrare nelle aree più esposte al pericolo corruttivo, verrà riservata una specifica attività di formazione in aula con lo scopo di illustrare brevemente la normativa anticorruzione e gli aspetti metodologici relativi alla conduzione delle procedure della gestione del rischio.

8) Codici di comportamento

Con il 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 all'art. 5 c. 44 della L. n. 190/2012 ogni amministrazione si doveva 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.

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

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

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

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

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.

Entro il 2017 si prevede di operare un nuovo aggiornamento del Codice di Comportamento, con procedura aperta, al fine di:

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

Relativamente all'obbligo previsto per i dirigenti in merito accertamento della conoscenza sui contenuti dei Codici di Comportamento dei propri collaboratori, si evidenzia che l'Azienda, come meglio specificato nel capitolo precedente, ha previsto uno specifico obiettivo di budget.

9) L'accesso civico

A seguito delle modifiche apportate al D.lgs. n. 33/2013 dal D.lgs n.97/2016, pienamente operative dal 23.12.16, saranno possibili nel nostro ordinamento tre diverse tipologie di accesso a dati, informazioni e documenti detenuti dall'ASL n.3 Genovese:

1. Accesso agli atti (accesso documentale) di cui alla L. n. 241/90 e s.m.i., art.22 e segg.
2. Accesso civico di cui al D.lgs. n. 33/2013 art.5, c.1
3. Accesso civico generalizzato di cui alla novella del D.lgs n. 97/2016.

Più in particolare:

1.Trattasi dell'accesso ad atti e documenti amministrativi regolamentato dall'art.22 e segg. della L. 241/90 e s.m.i. e disciplinato nella nostra Azienda dal regolamento di cui alla deliberazione n. 197 del 11/04/2016. Detto diritto di accesso richiede una motivazione ed un la documentazione di un interesse diretto documentato, concreto ed attuale allo stesso, corrispondente ad una situazione

giuridicamente tutelata, con possibilità di valutazione, attraverso il bilanciamento degli interessi in gioco eventualmente confliggenti, della legittimazione al suo esercizio.

2. Trattasi di rimedio in caso di inadempimento agli obblighi di pubblicazione di atti, informazioni e documenti previsti dal D.lgs. n.33/13 e s.m.i. riconosciuto in capo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di una situazione giuridica soggettiva connessa (in questo caso la procedura è rimasta la stessa e pertanto si rinvia a quanto dettagliatamente previsto dal Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità aziendale 2016 – 2018 alle pagg. XXI e XXII).

3. Trattasi di diritto riconosciuto dalla novella del D.lgs. n.97/16 a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di una situazione giuridica soggettiva connessa e dal fatto che trattasi di dati e/o documenti e/o informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione ex D.lgs. n.33/13. Non sono ammesse peraltro richieste meramente esplorative e/o paralizzanti (per genericità e/o quantità) il buon andamento della P.A..

La normativa (art. 5 bis D.lgs 33/13 e s.m.i.) prevede casi di esclusione assoluta (eccezioni assolute) dell'accesso civico generalizzato e casi di esclusione relativa o qualificata (eccezioni relative), con possibilità di bilanciamento degli interessi in gioco, differimento parziale e/o totale dell'accesso, accesso parziale (tecniche di oscuramento), accompagnati in ogni caso da una congrua e completa motivazione della P.A..

In particolare sono applicabili all'accesso civico generalizzato le eccezioni assolute contemplate dall'art. 24 cc.1 e 2 comma prima sezione della L.241/90 e s.m.i. e, comunque, qualora espressamente previsto, le stesse esclusioni previste dal regolamento aziendale di attuazione della L.241/90 e s.m.i. (anche in attuazione DPR 352/92), come elencate nella deliberazione n. 197 del 11/04/2016 di questa Azienda, in via transitoria, fino al 23.6.2017.

Pertanto, in via transitoria, fino al 23.6.2017 e, comunque, fino all'eventuale antecedente adozione di specifico regolamento aziendale in materia, ai sensi della sopra riportata normativa:

- all'accesso agli atti ed all'accesso civico continua ad applicarsi il regolamento aziendale di cui alla deliberazione n. 197 del 11/04/2016, comprese le cause di esclusione ivi previste;
- all'accesso civico generalizzato si applicano transitoriamente le cause di esclusione di cui al suddetto regolamento aziendale adottato con deliberazione n. 197 del 11/04/2016;
- a tutte e tre le tipologie di accesso si applicano, per quanto compatibili con le suddette regolamentazioni, le linee guida dell'ANAC relative alla normativa sopra citata e le cause di esclusione e modalità di valutazione delle richieste ivi evidenziate, con particolare riguardo anche al rispetto della normativa in materia di privacy ed ai diritti di eventuali controinteressati, nonché al buon andamento della P.A.;
- al fine di agevolare l'esercizio dei diritti di accesso, le relative istanze:

a) devono essere presentate con precisazione della normativa di riferimento e, quindi, precisando indicando se trattasi di “accesso ex L.241/90 e s.m.i.”, “accesso civico ex D.lgs. 33/13 e s.m.i.” o “accesso civico generalizzato ex D.lgs. 97/16 e s.m.i.” e complete di ogni elemento di valutazione e/o di legittimazione necessario alla loro evasione, in relazione alla tipologia di richiesta effettuata sulla base della citata normativa e regolamentazione

b) devono essere indirizzate all’ASL n.3 Genovese presso la sua sede legale in Via Bertani 4, 16125 GENOVA e trasmesse o per via telematica alla PEC aziendale protocollo@pec.asl3.liguria.it con sottoscrizione con firma digitale od elettronica qualificata della richiesta o con richiesta firmata allegata scansionata unitamente a scansione di un documento di identità in corso di validità, o per posta o tramite consegna manuale al protocollo generale aziendale o trasmissione al fax del protocollo generale aziendale al numero 010 8497625 o tramite consegna manuale alle sedi URP aziendali (sempre firmate ed accompagnate da fotocopia di un documento di identità in corso di validità), che provvederanno a scansionare la richiesta ed a darle un protocollo generale, precisando il nominativo del richiedente e nell’oggetto la tipologia di richiesta di accesso effettuata al fine di costituire una registrazione delle richieste effettuate e delle loro tipologie, che verrà trasmessa tramite protocollo aziendale ai soggetti deputati alla valutazione ed evasione delle stesse, compreso l’interessamento di eventuali controinteressati e dell’Autorità Garante per la Privacy , nei casi previsti dalla normativa (servizi depositari dei documenti e/o dati e/o informazioni per l’accesso agli atti ex L.241/90 e s.m.i. e per l’accesso civico generalizzato ex Dlgs 97/16 , responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza per l’accesso civico generalizzato ex Dlgs 33/13 e s.m.i., supportato dai servizi interessati dall’obbligo di pubblicazione non rispettato).

Per tutte le richieste di accesso sarà applicato il rimborso dei costi della P.A. per la sua evasione come da regolamento aziendale di cui alla deliberazione n. 197 del 11/04/2016.

Tutte le informazioni necessarie all’esercizio del diritto all’accesso civico sono state pubblicate nella relativa sotto-sezione di Amministrazione Trasparente.

10) La trasparenza amministrativa

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).

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; tale principio è stato confermato dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i..

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

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

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

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

Questa Azienda ha inteso redigere la presente sezione in conformità al D.lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.lgs. 97/2016 ed alla successiva Del. n. 1310/2016 dell'A.N.A.C., avente ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs. 97/2016". A seguito delle suddette modifiche, le attività connesse con la trasparenza sono trattate in una apposita sezione del P.T.P.C.T che comprende, come elementi essenziali:

- gli obiettivi strategici in materia di trasparenza, definiti per la Asl3 dalla Direzione Generale (riportati congiuntamente agli obiettivi di prevenzione della corruzione al cap. 4 del presente Piano);
- l'organizzazione dei flussi informativi, identificando i soggetti interni a cui compete la responsabilità relativa alla gestione dei documenti obbligatori da pubblicarsi su "Amministrazione Trasparente".

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

L'altro contenuto essenziale della sezione relativa alla trasparenza è costituito da uno schema che individua i vari uffici e i relativi Responsabili a cui compete l'individuazione, l'elaborazione, la trasmissione dei documenti ex D.lgs. n. 33/2013, che sono pubblicati sulla pagina di "Amministrazione Trasparente, all'interno del sito internet istituzionale:

SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO	Obblighi trasparenza	Struttura/ufficio aziendale	Direttore/Responsabile-Struttura/ufficio (per individuazione, elaborazione e trasmissione dati)
DISPOSIZIONI GENERALI	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	RPCT	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
OBBLIGHI GENERALI	A) Riferimenti normativi su organizzazione e attività: 1) personale (contratti di lavoro, controversie, prestiti ecc..)	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
OBBLIGHI GENERALI	B) Riferimenti normativi su organizzazione e attività: 2) sicurezza	S.C. Servizio Prevenzione e Protezione	Direttore S.C. Servizio Prevenzione e Protezione
OBBLIGHI GENERALI	C) Riferimenti normativi su organizzazione e attività: 3) privacy	S.C. Affari Generali settore coordinamento delle politiche aziendali in materia di tutela dei dati personali	Direttore S.C. Affari Generali
OBBLIGHI GENERALI	Atti amministrativi generali: direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti...DELIBERE REGIONALI SULLA ORGANIZZAZIONE DELLA SANITA'.	S.C. Affari Generali	Direttore S.C. Affari Generali
OBBLIGHI GENERALI	Atti amministrativi generali: direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti...DELIBERE REGIONALI SULLA ORGANIZZAZIONE DELLA SANITA'.	S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti	Direttore S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti
OBBLIGHI GENERALI	Codice disciplinare	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
OBBLIGHI GENERALI	Scadenario obblighi amministrativi (D.L. n. 69/2013) - indicazione dati nuovi obblighi amministrativi a carico dei cittadini	A cura di ogni struttura aziendale con riferimento alle attività di propria competenza	Direttori e Responsabili delle strutture (limitatamente alle attività di propria competenza)
ORGANIZZAZIONE	Articolazione degli uffici: atto aziendale, organigramma anche grafico, nomi dei dirigenti responsabili degli uffici	S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane/Ufficio Comunicazione	Direttore S.C. OSRU e Responsabile Ufficio Comunicazione
ORGANIZZAZIONE	Risorse a disposizione (art. 13 c. b)		OBBLIGO SOPPRESSO
ORGANIZZAZIONE	Elenco telefonico degli uffici	S.C. Economato e Logistica	Direttore S.C. Economato e Logistica

ORGANIZZAZIONE	Posta elettronica: elenco completo delle caselle di posta elettronica istituzionali e certificata dedicate	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
PERSONALE E BANDI	Estremi degli atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice (DS e DA) a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (CV + dich. inconf. incomp. e dichiarazione conflitti interessi e dichiarazione dati incarichi in enti di diritto privato)	RPCT /S.C. Affari Generali	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza / Direttore S.C. Affari Generali
PERSONALE E BANDI	Compensi relativi agli incarichi di vertice (da trasmettere separatamente dai compensi degli altri dirigenti)	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Bandi, info e dati estremi degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione	S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane	Direttore S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane
PERSONALE E BANDI	Bandi, info e dati estremi degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione	S.C. Servizio Amministrazione del Personale (solo SS.CC. ruolo sanitario)	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Curriculum Vitae dirigenti	S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane	Direttore S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane
PERSONALE E BANDI	Curriculum Vitae dirigenti	S.C. Servizio Amministrazione del Personale (solo SS.CC. ruolo sanitario)	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Compensi relativi agli incarichi dirigenziali (compresi quelli intramoenia)	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Dichiarazione dati incarichi in enti di diritto privato	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Dichiarazioni ex art. 14 c. f) , D.lgs n. 33/2013 e s.m.i.	Direttore S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane	Direttore S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane
PERSONALE E BANDI	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Estremi degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti estranei alla PA: CV, compensi (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato, e a incarichi di consulenza e collaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto)	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche	RPCT	Reponsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
PERSONALE E BANDI	Curriculum vitae posizionati	S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane	Direttore S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane

PERSONALE E BANDI	Costo annuale del personale	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Costo personale tempo indeterminato	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Personale non a tempo indeterminato (tempistica annuale) e costo (tempistica trimestrale)	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
		S.C. Aggiornamento e Formazione	Direttore S.C. Aggiornamento e Formazione
PERSONALE E BANDI	Contrattazione collettiva (x consultazione contratti e accordi collettivi nazionali...)	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Contratti integrativi (invio tempestivo) e costi contratti integrativi (tempistica annuale)	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERSONALE E BANDI	Nominativi, CV e compensi degli NdV (OIV)	S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane	Direttore S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane
BANDI DI CONCORSO	Bandi di concorso, elenco dei bandi espletati, dati relativi alle procedure selettive	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
BANDI DI CONCORSO	Criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERFORMANCE	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Direttore S.C. Centro di Controllo Direzionale
PERFORMANCE	Piano e Relazione della Performance	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Direttore S.C. Centro di Controllo Direzionale
PERFORMANCE	Ammontare complessivo dei premi (ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e di quelli effettivamente distribuiti)	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERFORMANCE	Dati relativi ai premi: Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	S.C. Centro di Controllo Direzionale /S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane	Direttori S.C. Centro di Controllo Direzionale e S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane
PERFORMANCE	Dati relativi ai premi: Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale
PERFORMANCE	Livello di benessere organizzativo		OBBLIGO SOPPRESSO
ATTIVITA' E PROCEDIMENTI	Procedimenti suddivisi tra quelli di ufficio e di parte (da pubblicare in tabelle) ex art. 35 D.lgs. n. 33/2013 e Monitoraggio dei tempi (secondo le indicazioni del P.T.P.C.T. così come previsto dall'art. 1, c. 9, lett. d) della L. n. 190/2012)	Distretti Sanitari	Direttori dei sei Distretti Sanitari
		Dipartimento Giuridico	Direttore Dipartimento Giuridico
		S.C. Bilancio e Contabilità	Direttore S.C. Bilancio e Contabilità

		S.C. Economato e Logistica	Direttore S.C. Economato e Logistica
		S.C Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti	Direttore S.C Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti
		S.C Assistenza Consultoriale	Direttore S.C Assistenza Consultoriale
		S.C. POU	Direttore S.C. POU
		S.S. Centro Studi	Responsabile S.S. Centro Studi
		Dipartimento di Prevenzione	Direttore Dipartimento di Prevenzione
		Ufficio URP	Responsabile Ufficio URP
		Dipartimento Attività Farmaceutiche	Direttore Dipartimento Attività Farmaceutiche
		S.S. Servizio Ispettivo	Responsabile S.S. Servizio Ispettivo
PROVVEDIMENTI	Provvedimenti relativi ad autorizzazioni/concessioni, concorsi e prove selettive		OBBLIGO SOPPRESSO
	Provvedimenti amministrativi	Link all'albo aziendale sul quale i provvedimenti sono inseriti a cura della S.C. Affari Generali	Procedura informatizzata/ S.C. Affari Generali
AVVISI E BANDI	Avviso di preinformazione, Avvisi, bandi ed inviti per contratti di lavori soprasoglia comunitaria	Dipartimento Infrastrutture - Settore Gare Edili	Direttore Dipartimento Infrastrutture - Settore Gare Edili
	Avviso di preinformazione, Avvisi, bandi ed inviti per contratti di servizi e forniture soprasoglia comunitaria	S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti	Direttore S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti
	Avvisi, bandi ed inviti per contratti di lavori sottosoglia comunitaria, Avviso sui risultati della procedura di affidamento; Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1 c. 32 della L. n. 190/2012")	Dipartimento Infrastrutture	Direttore Dipartimento Infrastrutture - Settore Gare Edili
	Avvisi, bandi ed inviti per contratti di servizi e forniture sottosoglia comunitaria, Avviso sui risultati della procedura di affidamento; Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1 c. 32 della L. n. 190/2012)	S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti	Direttore S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti

SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle): nome impresa o ente o del soggetto beneficiario, importo, norma o titolo in base dell'attribuzione, ufficio e funzionario o dirigente responsabile, modalità seguita per l'individuazione del beneficiario, link al progetto selezionato	S.C. Cure Primarie	Direttore S.C. Cure Primarie
BILANCI	Bilanci di previsione e consuntivo di ciascun anno (sintetica, aggregata e semplificata) anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	S.C. Bilancio e Contabilità	Direttore S.C. Bilancio e Contabilità
	Tempi medi di erogazione dei servizi (per ogni servizio erogato) agli utenti, sia finali che intermedi, con riferimento all'esercizio finanziario precedente		OBBLIGO SOPPRESSO
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	S.C. Bilancio e Contabilità	Direttore S.C. Bilancio e Contabilità
BENI IMMOBILI E GESTIONE DEL PATRIMONIO	Patrimonio immobiliare e canoni di locazione e affitto	S.S.D. Patrimonio Immobiliare	Responsabile S.S.D. Patrimonio Immobiliare
CONTROLLI E RILIEVI DELL'AMMINISTRAZIONE	Attestazione del NdV (OIV) nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	RPCT	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
CONTROLLI E RILIEVI DELL'AMMINISTRAZIONE	Documento del NdV (OIV) di validazione della Relazione sulla Performance e Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (ex D.lgs. n. 150/2009). Altri atti (es. Rel. raggiungimento obiettivi)	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Direttore S.C. Centro di Controllo Direzionale
CONTROLLI E RILIEVI DELL'AMMINISTRAZIONE	1) Rilievi organi di controllo e revisione (Relazione degli organi di revisione) 2) Rilievi Corte dei Conti ancorché non recepiti	S.C. Bilancio e Contabilità	Direttore S.C. Bilancio e Contabilità
SERVIZI EROGATI	Tempi medi di erogazione dei servizi (per ogni servizio erogato) agli utenti, sia finali che intermedi, con riferimento all'esercizio finanziario precedente		OBBLIGO SOPPRESSO
SERVIZI EROGATI	Carta dei servizi e standard di qualità	Ufficio Comunicazione	Responsabile Ufficio Comunicazione
SERVIZI EROGATI	Class action	S.C. Servizio Legale	Direttore S.C. Servizio Legale
SERVIZI EROGATI	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	S.C. Centro di Controllo Direzionale	Direttore S.C. Centro di Controllo Direzionale
SERVIZI EROGATI	Tempi previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata		OBBLIGO SOPPRESSO
SERVIZI EROGATI	Liste di attesa: criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia erogata	S.C. Cure Primarie	Direttore S.C. Cure Primarie
PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE	Dati sui pagamenti del SSN (dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, art. 41 c. 1)	S.C. Bilancio e Contabilità	Direttore S.C. Bilancio e Contabilità
PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture (indicatore di tempestività dei pagamenti); IBAN e pagamenti informatici). Ammontare complessivo dei debiti	S.C. Bilancio e Contabilità	Direttore S.C. Bilancio e Contabilità

OPERE PUBBLICHE	Atti di programmazione delle opere pubbliche (ad es. Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali ecc..)	Dipartimento Infrastrutture	Direttore Dipartimento Infrastrutture
	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione (da pubblicare in tabelle sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero)	Dipartimento Infrastrutture	Direttore Dipartimento Infrastrutture
Strutture sanitarie private e accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate. Accordi intersorsi con le strutture	1) S.C. Cure Primarie (Specialistiche), 2) Dipartimento Salute Mentale (Psichiatriche), 3) Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali (Disabili e Anziani)	Direttore della S.C. Cure Primarie e Direttori dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze e Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali
ALTRI CONTENUTI - CORRUZIONE	P.T.P.C.T., RPCT, Regolamenti per la prevenzione della corruzione (laddove adottati), Relazione RPCT	RPCT	Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
ALTRI CONTENUTI - CORRUZIONE	Provvedimenti adottati dall'ANAC ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione ed atti di accertamento delle violazioni	RPCT	Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
ALTRI CONTENUTI - ACCESSO CIVICO	Accesso civico dati obbligatori (Amministrazione Trasparente)	RPCT	Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
ALTRI CONTENUTI - ACCESSO CIVICO	Accesso civico generalizzato (FOIA): Nomi uffici competenti a cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta istituzionale	S.C. Affari Generali/RPCT	Direttore S.C. Affari Generali/ Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

ALTRI CONTENUTI - ACCESSIBILITA' E CATALOGO DEI DATI, METADATI E BANCHE DATI	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico; catalogo dei dati, dei metadati e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
ALTRI CONTENUTI - ACCESSIBILITA' E CATALOGO DEI DATI, METADATI E BANCHE DATI	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e Provvedimenti per uso dei servizi in rete	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
ALTRI CONTENUTI DATI ULTERIORI	Dati informazioni e documenti ulteriori	S.C. Economato e Logistica	Direttore S.C. Economato e Logistica
ALTRI CONTENUTI DATI ULTERIORI	Dati informazioni e documenti ulteriori	S.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
ALTRI CONTENUTI DATI ULTERIORI	Dati informazioni e documenti ulteriori	RPCT	Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Tabella n. 6: Tabella di sintesi dei soggetti tenuti alla individuazione e trasmissione dei dati.

b) Organizzazione dei flussi informativi: la pubblicazione informatizzata 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 Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di monitorare efficacemente i flussi di trasmissione dei dati obbligatori ex D.lgs. n. 33/2013 da parte degli uffici responsabili, di verificare i tempi di pubblicazione, di intervenire qualora sorgessero problemi di comunicazione, di ritardo o per altre criticità.

L'attività di pubblicazione è affidata alla S.S. Relazioni Esterne – 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 della Corruzione e della Trasparenza effettua regolarmente il monitoraggio delle reportistiche sui flussi e sulle segnalazioni da e verso la struttura informatica competente alla pubblicazione dei dati obbligatori.

A partire dal 2017 saranno comunicati a Liguria Digitale tutti i nominativi delle strutture coinvolte nella trasmissione dei dati obbligatori, autorizzati alla richiesta di pubblicazione dei dati.

c) Disposizioni organizzative per assicurare la regolarità dei flussi informativi

Come previsto dalla Del. ANAC n. 1310/2016 sono stati indicati i soggetti tenuti alla individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente, deputati ad assicurare l'aggiornamento di “Amministrazione Trasparente”.

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

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

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

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

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

- verificare, tra la serie di documenti, informazioni e dati presenti 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 Prevenzione della Corruzione e 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 Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza solo per conoscenza;
- comunicare al proprio Referente Aziendale di riferimento le attività svolte per ottemperare alla normativa ex D.lgs. n. 33/2013, il numero di dati pubblicati ed aggiornati.

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

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

Qualora i Referenti o i Dirigenti ad essi sotto-ordinati risultassero inadempienti, anche parzialmente, agli obblighi ed ai compiti a loro spettanti dalla normativa e dalle disposizioni 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 Piano recepisce le disposizioni del D.lgs. n. 82/2005 art 68 (Codice dell’amministrazione digitale) sulle caratteristiche dei dati informatici da pubblicare in formato aperto, in coerenza con le “Linee Guida Siti Web” pubblicate sul sito del DFP alla pagina <http://www.funzionepubblica.gov.it/lazione-del-ministro/linee-guida-siti-web-pa.aspx>. I file in formato aperto sono disponibili secondo i termini di una licenza che ne permetta l’utilizzo da parte di chiunque, “senza ulteriori restrizioni diverse dall’obbligo di citare la fonte e di rispettarne l’integrità” (art. 7 D.lgs. n. 33/2013). A questo riguardo, il presente programma fa proprie le indicazioni presenti sulle precedenti linee guida dell’ex CIVIT di cui alla Del. n. 105/2010, le quali, tra l’altro prevedono che i dati dovranno essere:

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

Di seguito 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	Inviando i dati in formato aperto		Controllano che i dati siano effettivamente pubblicati. In caso contrario contattano Liguria Digitale		
Liguria Digitale		Pubblicano i dati		Controllano la qualità dei dati		
Referenti			Controllano la correttezza dei dati e riferiscono al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza			
Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza				Svolge attività di controllo e di monitoraggio sull'adempimento o 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. 7: processo di pubblicazione e soggetti coinvolti

d) 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, connotato 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 la stretta correlazione tra i diversi strumenti della programmazione previsti per le pubbliche amministrazioni, migliorando la comunicazione ai propri portatori di interesse dei risultati raggiunti in termini di performance è possibile garantire adeguati livelli di servizio, un miglior impiego delle risorse e, di conseguenza, performance elevate. Pertanto la costruzione di una stretta sinergia tra trasparenza e performance si esplica attraverso questi obiettivi:

- 1) comunicazione ai cittadini e a portatori di interesse degli obiettivi di pubblicità raggiunti e quelli stabiliti per il medio/lungo periodo;
- 2) 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;
- 3) collegamento tra i dati relativi ai processi con quelli connessi ai tempi di conclusione dei procedimenti in modo da rendere semplice e di immediata intellegibilità agli utenti i dati ed i procedimenti principali dell’Azienda;
- 4) il collegamento fondamentale, tuttavia, si realizza attraverso la valorizzazione della trasparenza e l’inserimento nel ciclo della Performance di obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza. Un primo avvio finalizzato a realizzare un effettivo collegamento tra il piano anticorruzione e la performance è avvenuto già nel 2014 ed è proseguito anche nel 2015;

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".

Per l'anno 2017, l'Azienda ha individuato tra gli obiettivi strategici proprio la realizzazione di un effettivo collegamento tra il ciclo di gestione della performance e il P.T.P.C.T..

All'interno del ciclo della Performance 2015 era stato inserito un obiettivo, comprensivo di indicatori e di target, assegnato ai Direttori di Dipartimento (che risultavano 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.

Di seguito è visibile la rendicontazione degli obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza del Dipartimento Economico Gestionale:

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	<p>Trasparenza e Prevenzione Corruzione: 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 Prevenzione della Corruzione e 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. (Direttore Dip. Economico Gestionale)</p>
INDICATORE		<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>

TARGET 2015	<p>1) Trasmissione delle note di cui al punto 1) della col. "Indicatori di risultato"; rispettivamente il 30/06/2015 e 15/12/2015.</p> <p>2) Trasmissione della relazione di cui al punto 2) e completa delle indicazioni successivamente fornite dal RPC, entro il 15/12/2015;</p> <p>3) Invio della mail di cui al punto secondo le indicazioni fornite dal RPC nel corso dell'anno. Monitoraggio: Relazione del RPC</p>
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2015	<p>Gli adempimenti richiesti per il conseguimento degli obiettivi sono stati trasmessi entro le date stabilite. Il contenuto dei documenti prodotti risulta complessivamente in linea con quanto richiesto Si ritiene che gli obiettivi fissati siano stati raggiunti. Obiettivo raggiunto ☺</p>

Tabella n. 8: Rendiconto obiettivo di prevenzione della corruzione inserito nel Piano della Performance 2015

Nell'ambito del processo di budget del 2017, Performance organizzativa, per le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali già inserite o che si prevede di inserirle nel corso dell'anno all'interno delle aree a rischio, saranno previsti specifici obiettivi organizzativi riguardo alle attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza anche ai fini del raggiungimento degli obiettivi strategici previsti nel presente P.T.P.C.T..

Gli stessi dirigenti, a capo delle strutture coinvolte negli obiettivi anticorruzione, così come definiti nel processo di budget, sono chiamati, a loro volta, ad individuare obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione prevista, da assegnare ai propri collaboratori, coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori").

Il raggiungimento o meno degli specifici obiettivi di budget sarà indicato all'interno della Relazione della Performance (da adottarsi entro il 30 giugno 2017); quindi a consuntivo l'amministrazione dovrà verificare i risultati organizzativi raggiunti rispetto all'obiettivo programmato con rilevazione degli eventuali scostamenti.

e) Iniziative di comunicazione: La giornata della Trasparenza

Questa Azienda ha previsto l'organizzazione della "Giornata della Trasparenza", non solo per dare comunicazione a tutti i "portatori di interesse" delle informazioni in materia di trasparenza e performance aziendale ma anche quale segnale di apertura nei confronti dei cittadini e delle organizzazioni che li rappresentano nonché dell'impegno per la trasparenza e l'integrità nei loro confronti.

Sono stati presentati i Piani della Performance e i Programmi per la trasparenza dei trienni 2013/2016 e 2014/2016 al fine di favorire il coinvolgimento e l'informazione dei principali portatori di interesse (cosiddetti stakeholder) oltre che illustrare le attività messe in piedi nell'anno e dedicate a 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/>

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

In data 19 dicembre 2016, presso la Sala Trasparenza di piazza De Ferrari, è stata organizzata direttamente della Regione Liguria – Assessorato alla Sanità - una giornata dedicata alla trasparenza, nella quale è stato presentato il "Rapporto preliminare sull'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza nelle Aziende Sanitarie della Regione Liguria".

I contenuti del rapporto sono il risultato del Gruppo di lavoro dedicato, formato dai responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende ed Enti del servizio sanitario ligure, e dunque anche di Asl3, che ha perseguito la finalità di tracciare un quadro della normativa in materia di prevenzione della corruzione e per la trasparenza nelle Aziende Sanitarie di appartenenza, di confrontare le soluzioni organizzative e metodologiche adottate per garantirne un'applicazione sostanziale, omogenea e coerente e di condividere le esperienze e le criticità in fase di applicazione delle soluzioni adottate, contribuendo anche a valorizzare il ruolo da loro ricoperto in qualità di responsabili prevenzione corruzione e trasparenza.

Il documento di cui sopra è disponibile sul sito istituzionale della Regione Liguria.

Si prevede di organizzare la Giornata della Trasparenza entro la fine del 2017.

f) Principale attività svolta nel corso del 2016:

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:

Il RPCT, attraverso il P.T.P.C.T., 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).

Anche nel corso del 2016 è proseguita l'attività di monitoraggio dei tempi procedurali

Gli obiettivi di trasparenza del triennio 2016 – 2018, di seguito riportati, sono stati raggiunti:

- 1 Elaborazione di una tabella trimestrale relativa ai dati degli incarichi istituzionali: da inserire con tempestivo aggiornamento nell'apposita sezione del sito.
- 2 Inserimento dei dati ex artt. 26 e 27 del D.lgs. n. 33/2013.
- 3 Aumentare "l'elaborabilità" dei documenti a pubblicità obbligatoria attraverso la creazione di formati aperti (.ods, .ccsv, pdf non img.).
- 4 Individuazione delle sotto – sezioni di competenza delle varie strutture aziendali e del personale addetto alla trasmissioni dei documenti per la pubblicazione (entro aprile 2016)
- 5 Estensione nella mappatura dei procedimenti ad ulteriori strutture aziendali (da pubblicare entro il 2016).

g) Attività di verifica: monitoraggio sulla trasparenza

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, i cui compiti principali sono quelli di controllare l'attuazione e l'aggiornamento della sezione della trasparenza, riferisce ai vertici amministrativi della Asl, anche su eventuali inadempimenti e ritardi da parte dei dirigenti competenti.

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

E' stato strutturato un sistema di monitoraggio complessivo, riguardante anche l'accertamento del rispetto delle norme sulla trasparenza, le cui linee generali sono state descritte nel presente P.T.P.C.T. a cui si rinvia.

11) 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/provedimento 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 stata prevista la predisposizione e trasmissione dei summenzionati moduli 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 p 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.

12) 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.

13) 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 inconferibilità ed incompatibilità del settore sanitario (con relative tabelle di sintesi allegate) nel tentativo di agevolare la comprensione di una normativa già di per sé complessa e che ha subito delle modifiche, anche sostanziali, nel corso del tempo,

un fac simile di dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità rispetto al conferimento di incarico dirigenziale resa ai sensi dell'art. 20 del D.lgs. n. 39/13.

La circolare ed il modello di autodichiarazione 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: 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;

La Circolare aziendale n. 1 esplicativa del D.lgs. n. 39/2013 deve intendersi sospesa e non più applicabile.

14) 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). A questa rotazione straordinaria l'art. 1 c. 10 lett. b) della L. n. 190/2012 affianca una rotazione ordinaria, non motivata pertanto da intenti repressivi, ma intesa come misura organizzativa per migliorare la qualità e l'efficienza del personale; essa inoltre viene considerata anche quale misura preventiva alla corruzione, 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 2013).

La rotazione ordinaria deve realizzarsi con gradualità in quanto la sua applicazione non deve pregiudicare l'efficienza del lavoro e la continuità dell'azione amministrativa; per questa ragione essa deve essere preceduta da un periodo di attività formativa che garantisca un aumento delle competenze professionali trasversali, da parte del personale coinvolto. Allo stesso tempo è necessario aumentare il livello di trasparenza, non solo esterno, ma anche interno, aumentando la condivisione delle conoscenze e delle esperienze tra i colleghi. Di conseguenza la rotazione deve essere concepita non solo come una misura di prevenzione della corruzione ma come un nuovo modello culturale ed organizzativo che potrà trovare la sua concreta realizzazione in modo graduale.

E' perciò obiettivo dell'Azienda, nel corso del triennio 2017 - 2019, quello di:

- programmare frequenti periodi formativi aventi ad oggetto l'approfondimento delle materie generali di carattere amministrativo, individuando il personale da coinvolgere;
- aumentare la circolarità delle informazioni all'interno dell'ente;
- organizzare incontri con i dirigenti responsabili degli uffici rientranti nelle aree a rischio per:
 - individuare gli uffici da sottoporre a rotazione;
 - fissare la periodicità della rotazione;
 - scegliere la tipologia (se rotazione territoriale – ovvero spostamento di personale da una struttura ad un'altra- o funzionale – ovvero all'interno dello stesso ufficio)
 - Individuare il personale da sottoporre, eventualmente, a rotazione funzionale, attraverso la "modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidati ai dipendenti" (PNA 2016).
- Coinvolgere le organizzazioni sindacali attraverso informativa sui criteri e sulle decisioni di cui ai punti precedenti.

Attualmente la rotazione del personale ha trovato applicazione come misura specifica in diverse procedure sottoposte ad analisi del rischio:

<u>DIPARTIMENTO</u>	<u>STRUTTURA</u>	<u>PROCEDIMENTO/PROCESSO</u>
Dipartimento Cure Primarie e attività distrettuali	S.C. Distretto 10 - Valpolcevera e Valle Scrivia	AUTORIZZAZIONE TRASPORTI IN AMBULANZA PAZIENTI NON DEAMBULANTI
Dipartimento Cure Primarie e attività distrettuali	S.C. Distretto 11 - Centro	AUTORIZZAZIONE TRASPORTI IN AMBULANZA PAZIENTI NON DEAMBULANTI DGR 441/2007 e DGR 583/2012
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI	S.C. Distretto 9 - Medio Ponente	Assistenza Sanitaria All'Estero Per Prestazioni Di Altissima Specializzazione
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI	S.C. Distretto 10 - Valpolcevera e Valle Scrivia	Assistenza Sanitaria All'Estero Per Prestazioni Di Altissima Specializzazione
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI	S.C. Distretto 11 - Centro	Assistenza Sanitaria All'Estero Per Prestazioni Di Altissima Specializzazione
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI	S.C. Distretto 12 - Valbisagno - Val Trebbia	Assistenza Sanitaria All'Estero Per Prestazioni Di Altissima Specializzazione
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI	S.C. Distretto 13 - Levante	Assistenza Sanitaria All'Estero Per Prestazioni Di Altissima Specializzazione
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI	S.C. Distretto 8 - Ponente	Assistenza Sanitaria All'Estero Per Prestazioni Di Altissima Specializzazione
Dipartimento Cure Primarie e attività distrettuali	S.C. Distretto 9 - Medio Ponente	AUTORIZZAZIONE TRASPORTI IN AMBULANZA PAZIENTI NON DEAMBULANTI DGR 583/2012 e DGR 441/2007

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	S.C.Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Sanzione amministrativa a seguito di controlli (ispezioni)
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	S.C.Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Parere preventivo per nuove attività di lavorazione trasformazione e commercializzazione di alimenti (con o senza sopralluogo)
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	S.C.Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Rilascio di attestazione di non idoneità al consumo umano di alimenti
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	S.C Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL)	Attività di vigilanza territoriale
DIPARTIMENTO ATTIVITA' FARMACEUTICHE	S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata	Vigilanza sui Grossisti
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	S.C. Igiene degli alimenti e della nutrizione	Notifica Nuove Attività /S.C. Sicurezza Alimentare
DIPARTIMENTO ATTIVITA' FARMACEUTICHE	S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata	Farmacovigilanza: rapporto al Ministero della Sanità in caso di esiti fatali per assunzione farmaci
DIPARTIMENTO ATTIVITA' FARMACEUTICHE	S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata	Ispezioni alle Parafarmacie
DIPARTIMENTO ATTIVITA' FARMACEUTICHE	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Scarto ricette per decorso termine conservazione
DIPARTIMENTO ATTIVITA' FARMACEUTICHE	S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Controllo contabile
POU	S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico - S.S. Direzione Medica Ospedaliera Ospedale La Colletta e Gallino - Ospedale Villa Scasi - Ospedale Micone	Denuncia di decesso in ambito ospedaliero

DIPARTIMENTO ATTIVITA' FARMACEUTICHE	S.C. FARMACEUTICA CONVENZIONATA	ASSISTENZA Farmacovigilanza: inserimento schede di segnalazione effetti indesiderati da farmaci all'AIFA
--	---------------------------------------	---

15) 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.

16) 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. 1/2013 della Dipartimento della Funzione Pubblica. 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.

Con il PNA 2016 l'ANAC ribadisce che la tutela del denunciante deve essere garantita:

- anche a coloro che segnalano un fatto illecito utilizzando canali esterni all'amministrazione di appartenenza;
- al R.P.T.CT. nello svolgimento delle proprie attività di prevenzione.

Questa Asl ha predisposto due procedure per dare attuazione alla misura in Asl3:

- una atto 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 artt. 8 e 13 del Codice di Comportamento Aziendale

Si precisa che la procedura che segue, basata su modelli cartacei, rimarrà in vigore fino a quando l'Autorità Anticorruzione non avrà attivato un sistema informatico, in corso di realizzazione, in grado di garantire la riservatezza dell'identità dei segnalanti. Una volta implementata la piattaforma, sarà collegata alla sezione del sito aziendale di Amministrazione Trasparente.

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) secreterà 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;
- 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.

Nel caso in cui 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, o nel corso di attività ispettiva.

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 manifestatamente 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 di 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

17) 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 non sono emerse situazioni di illecito correlate alle norme del codice penale inerenti ai reati di corruzione.

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

a) Individuazione dei referenti:

Nel richiamare il Cap.5, lett. c) del presente piano, si stabilisce di nominare come Referenti, i cui compiti sono stati già precisati anche dalla nota prot. n. 27739 del 27/02/2014 a cui si rinvia, i Direttori Responsabili delle seguenti strutture aziendali:

DIPARTIMENTO	S.C.
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	S.C. CURE PRIMARIE
PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO	
DIPARTIMENTO GIURIDICO	
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. 9: Individuazione dei Referenti

Nel caso in cui non venga nominato o sostituito il Direttore del Dipartimento, per il periodo di vacanza, i Referenti sono individuati nei Direttori di Struttura Complessa, afferenti al dipartimento stesso.

b) Monitoraggio sull'attuazione del P.T.P.C.T. 2017 – 2019: 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.T. 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.T. 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.T. nonché delle misure previste nella sezione relativa alla trasparenza. 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 2016 è stata precisata nel dettaglio.

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.

ATTIVITA' PROGRAMMATE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

B1) Revisione processo gestione del rischio

B2) Monitoraggio del trattamento del rischio

B3) Questionario sulle attività di monitoraggio: P.T.P.C./sezione trasparenza./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

Ai fini di raggiungere l'obiettivo di migliorare la qualità della gestione del rischio sono di seguito indicate alcune proposte di aggiornamento e/o modifica della mappatura, valutazione del rischio e trattamento in previsione dell'aggiornamento del P.T.P.C.T..

Criticità riscontrate nella gestione del rischio:

- 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 può essere indicato che la misura di prevenzione ad esso collegato ha lo scopo di arginare la 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 2013, senza una analisi del contesto.

Indicazioni per la revisione nel 2016/2017:

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.T. 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./trasparenza./Codici di Comportamento

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 "Precisioni", 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. Attualmente i questionari riguardano: il rispetto e la vigilanza degli obblighi contenuti: a) nel PTPC, b) nella sezione trasparenza, 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.

Nel 2016 sono pervenuti i risultati dei questionari consentendo al RPCT di possedere uno strumento di valutazione per individuare gli aspetti della normativa fin qui attuati secondo quanto richiesto dalle disposizioni dei PNA e gli aspetti critici su cui ancora è necessario focalizzare l'attenzione nel futuro:

PTPC (1)	GESTIONE DEL RISCHIO				FORMAZIONE	
STRUTTURE	Sono stati aggiornati i procedimenti mappati?	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 "Precisioni")	Indicare il nominativo ed i riferimenti (telefonici e mail) dei dipendenti che si occupano della gestione del rischio della prevenzione della corruzione	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?
S.C SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	no	no	no	Nomi indicati	18	no
AFFARI GENERALI	Prima mappatura nel 2016	Prima mappatura nel 2017	Non sono stati valutati procedimenti a rischio	Nomi indicati	22	no
FORMAZIONE	sì	sì	sì	Nomi indicati	10	sì
LEGALE	sì	sì	no	Nomi indicati	3	no
POU	sì	sì	no	Nomi indicati	12	no
DIP. ECONOMICO	sì	sì	sì	Direttori Strutture Bilancio, Acquisti, Economato e CCD		sì
DS 8	sì	no	sì	è in previsione la costituzione di un gruppo di lavoro distrettuale	5 già svolto e 5 in corso	sì
DS 9	sì	no	sì	Nomi indicati	31 operatori di cui 26 l'hanno concluso	sì
DS 10	sì	no nel 2016	sì (sono stati costituiti i gruppi di lavoro x verificare il grado di applicazione (indicazione delle date degli incontri)	Operatori anagrafe e operatori CUP su più sedi distrettuali	15 (si prevede di arrivare al 100% dei dipendenti entro il 31/12/2015)	sì (i gruppi di lavoro costituiti x la verifica delle misure di prevenzione hanno ricoperto anche la funzione formativa)
DS 11	sì (cambio nome direttore ed effettuazione controllo dei moduli presenti sul sito aziendale)	sì, limitatamente alla descrizione dei rischi	sì, per il I e II semestre	Istituzione gruppo di lavoro in data 10/1/2015 (indicazione dei nominativi)	14 dipendenti dei quali hanno concluso il corso n. 9 dipendenti)	in data 10_11_15 e invio di comunicazioni via mail informative e formative sulla prevenzione della corruzione nelle date 19/6/15,24/9/15 e 23/12/15
DS 12	aggiornamento in corso parallelamente all'adozione di provvedimenti ai sensi della L. n. 241/90	no	sì le misure sono state applicate	nomi ed indirizzi indicati	22 dipendenti (manca un operatore in malattia da molto tempo)	sì due riunioni (con date)
DS 13	sì (1 cambio direttore, effettuazione controllo dei moduli presenti sul sito aziendale)	sì, limitatamente alla descrizione dei rischi	sì x il I e II semestre 2015	Istituzione gruppo di lavoro in data 10/11/2015 (indicazione dei nominativi)	9	sì comunicate le date e avviate x mail
Infrastrutture	sì	sì	sì	guarda tabella trasparenza		no

PITPC (2)	ALTRE INIZIATIVE ATTUATE O DA ATTUARE NEL CORSO DEL TRIENNIO									MON. PROC.
STRUTTURE	Sono pervenute delle denunce di fatti illeciti di cui all'art. 54 - bis del D.lgs. n. 165/2001 (whistle blower)?	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 PITPC (strutturoria, secretazione dei dati, tutela del denunciante ecc.)	Sono pervenute delle denunce o delle segnalazioni anonime di fatti illeciti?	Se si 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 PITPC)	Viene attuato il monitoraggio trimestrale dei tempi dei procedimenti?
S.C. SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	no				si	2				si
AFFARI GENERALI (solo 2016)	no				no		0	0	0	si
FORMAZIONE	no						1 (2015)	2 artt. (2015)		si
LEGALE	no				no					si
POU	no				no					si
DIP. ECONOMICO	no				no		0			si
DS 8	no				no		0			si
DS 9	no						3	compilati (vedere tabella procedimenti disciplinari)		si
DS 10	no				no		3	compilati (vedere tabella procedimenti disciplinari)		si
DS 11	no				no	no				si
DS 12	no				no		4	si riportate nella tabella pro disciplinari		si
DS 13	no				no					si
Infrastrutture	no				no		0			si

TRASPARENZA (1)	PROCEDURE DI TRASMISSIONE E PUBBLICAZIONE DEI DATI				QUALITA' DATI TRASMESSI		
STRUTTURE	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 compilata la tabella "Individuazione strutture responsabili all'elaborazione e trasmissione dei dati?"	E' stato indicato 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	Sono stati garantiti il tempestivo e regolare flusso delle informazioni a pubblicità obbligatoria all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente"?	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?
S.C SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	sì	sì	già indicati in altro documento	sì	sì		sì
AFFARI GENERALI	sì	sì	già pubblicati su AT	sì	sì		sì
FORMAZIONE	sì	sì	già pubblicati su AT	sì	sì		no
LEGALE	sì	sì	Nomi indicati	sì	sì		sì
POU	sì	sì	sì	sì	sì		sì
DIP. ECONOMICO	sì	sì	vedere scheda trasparenza	sì	sì		sì
DS 8	sì	sì	già comunicati	sì	sì		sì
DS 9	sì	no	Nomi indicati	sì	sì		sì
DS 10	sì	sì	Nomi indicati	no (garantito solo in parte nel 2015 mentre si prevede di completarlo nel 2016)			
DS 11	sì	sì	Nomi indicati	sì	solo in parte		sì
DS 12	sì	sì	già indicati	sì	solo in parte	non sempre è possibile trasmettere dei file aperti perché risultano poi di difficile gestione	sì
DS 13	sì	sì					
Infrastrutture	sì	sì		sì	sì		sì

TRASPARENZA (2)	AGGIORNAMENTO MAPPATURA PROCEDIMENTI				ACCESSO CIVICO	
STRUTTURE	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?	Sono giunte segnalazioni da parte di cittadini su casi di inadempimento anche parziale degli obblighi di pubblicità ?	Se sì, quali?
S.C SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	no	sì	sì	no	no	
AFFARI GENERALI	no	si'	no	non ancora	no	
FORMAZIONE	sì	sì	sì	sì	no	
LEGALE	no				no	
POU	sì	sì	sì	sì	no	
DIP. ECONOMICO	no	sì	no	sì	no	
DS 8	no	attività di ricerca non si è ancora conclusa	attività di ricerca non si è ancora conclusa	non ancora	no	
DS 9	sì	non ancora conclusa	non ancora conclusa	sì	no	
DS 10						
DS 11	sì	non ancora conclusa	non ancora conclusa	non ancora	no	
DS 12	no	sì	non ancora conclusa	non ancora	no	
DS 13	s'	non ancora conclusa	non ancora conclusa	non ancora	no	
Infrastrutture	no	non ancora conclusa	non ancora conclusa	non ancora conclusa	no	

Codice di Comportamento (1)	DIFFUSIONE DEI CODICI		INFORMATIVA COLLABORATORI ESTERNI (ART. 2)		REGALI SUPERIORI AI 100 €. (ART. 4)				PARTECIPAZIONE AD ASSOCIAZIONI E ORGANIZZAZIONI (ART.5)			
	I codici sono stati trasmessi ai collaboratori esterni, appaltatori e/o fornitori?	A chi è stato notificato?	Nei capitoli 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 e 3 riguardante l'informativa sull'estensione dell'applicabilità dei codici anche ai collaboratori esterni dell'Azienda?	Se la risposta è "no" spiegarne i motivi	Sono giunte comunicazioni da parte dei propri dirigenti che informavano di avere ricevuto dei regali di valore superiore ai 100 €?	Se si (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 €?	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 si indicare il numero di comunicazioni	A quanti dipendenti è stato chiesto di svolgere un'attività diversa per evitare un eventuale conflitto di interessi?
STRUTTURE												
S.C SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	no		no	No per i co.li.pro. Invece per la collaborazione a titolo gratuito dei pensionati (Legge Madia) si veda art. 13 dello schema di contratto per il quale il collaboratore volontario si impegna all'attività secondo le linee di comportamento prescritte nel Codice di Comportamento Aziendale. Si sta provvedendo all'adeguamento previsto per i contratti Co.Li.Pro.	no			no	si (in caso di attività anche solo su base volontaria a favore di tali organizzazioni)	si	14	non attività in conflitto (3 casi)
AFFARI GENERALI	si	soltanto a chi esercita la propria attività nelle strutture aziendali	si		no				si	no		
FORMAZIONE	si (2016)	Alle Aziende Farmaceutiche che sponsorizzano corsi di formazione	no	Tale attività verrà svolta a partire dal 2017 per le Convenzioni con Università, Scuole e Istituti per lo svolgimento di tirocini formativi	no			no	si dal 2016	no		0
LEGALE	no		no		no			no	si	no		0
POU	si	Medico autorizzato, consulente esterno, sov-medica	Non di competenza		no			no	si	no		
DIP. ECONOMICO	no (dato Elevato numero di fornitori non inviato)		si		no			no	si	no		0
DS 8	no				no			no	si	no		
DS 9												
DS 10	no	Dirigenti medici e funzionari operanti e/o DS 10	non di competenza		no			no	si	no		
DS 11	consegna di copia del codice a Medici Specialisti convenzionati, Medici di Continuità Assistenziale, Medici di medicina dei servizi	consegnato a tutti i dipendenti del DS11, ai medici specialisti convenzionati, della medicina dei servizi, di continuità assistenziale in allegato a comunicazione mail richiamando la possibilità di visualizzazione sulla intranet aziendale	non rientrano nelle competenze		no			no	no	no		
DS 12	si (è stata consegnata copia a medici specialisti, convenzionati interni, medici di continuità assistenziale e medici di medicina dei servizi)	A tutti i dipendenti afferenti al distretto 12 (è stata consegnata copia a medici specialisti, convenzionati interni, medici di continuità assistenziale e medici di medicina dei servizi)	non di competenza		no			no	si	no		0
DS 13	no	al personale del comparto amm.vo e sanitario del DS 13	non di competenza		no		no		si	no		
Infrastrutture	si	appaltatori	si		no			no	no	no		

Codice di Comportamento (2)	COMUNICAZIONE CONFLITTI DI INTERESSE (ART. 6)		OBBLIGO DI ASTENSIONE (ART. 7)			PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (ART. 8)			TRACCIABILITA'
STRUTTURE	I dipendenti che hanno preso servizio a partire da gennaio 2015 hanno ricevuto il modello per l'auto certificazione ex DPR n. 445/2000 e le informazioni per la sua compilazione?	Indicare il numero dei modelli compilati	Indicare il numero di dichiarazioni 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 subordinati di astenersi e di assegnare la pratica ad altro dipendente (a seguito della loro auto certificazione 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 auto certificazione di cui al punto precedente)	E' stata monitorata l'attività svolta dai dirigenti subordinati?	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"?	I dirigenti del Dipartimento hanno trasmesso i dati a pubblicità obbligatoria rientranti nelle proprie competenze?
S.C SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	no					no	no	no	sì
AFFARI GENERALI	sì	2				sì	sì	sì	sì
FORMAZIONE	sì	1 (2015), 3 (2016)	0	0	0	non vi sono dirigenti subordinati	no (2015), sì (2016)	no (2015), sì (2016)	no (2015), sì (2016)
LEGALE	no perché non è entrato nessuno		0	0	0				
POU	no					sì	sì	sì	sì
DIP. ECONOMICO	Nessun nuovo dipendente dal 2015	0	0	0	0	sì	sì	sì	sì
DS 8	no					sì	sì	sì	sì
DS 9			nessuna	nessuno	nessuno	in corso di aggiornamento	sì	sì	sì
DS 10	no					sì	sì	no	sì
DS 11	sì con nota (si provvederà a fornire il modulo)					sì	sì (in data 10/11/2015) e invio di mail	sì	sì
DS 12	sì	4	0 (distribuzione e raccolta ancora in corso)	0	0	sì	sì (sono state effettuate due riunioni con il Personale del DS 12)	sì	sì
DS 13	no					sì	sì	no	sì
Infrastrutture	nessuno ha preso servizio					sì per quanto possibile	no	sì	sì

Codice di Comportamento (3)	DISP PARTICOLARI X I DIRIGENTI (ART. 13)			VIGILANZA, MONITORAGGIO E ATTIVITA' FORMATIVE (ART. 15)			
STRUTTURE	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?	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)
S.C SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	no (è pervenuta la relativa modulistica che è stata regolarmente compilata)	no	no	no (non esclusivamente riferiti a violazioni del Codice di Comportamento)	no		no
AFFARI GENERALI			no	no	sì	5	sì
FORMAZIONE	no (2015), sì (2016)	no x mancanza di dirigenti sottordinati	sì (2015), no (2016)		no perché non vi sono dirigenti sottordinati	0	no
LEGALE			no				
POU	no	no	no	no	no		
DIP. ECONOMICO	no	no	no	no			sì
DS 8			no	no			sì
DS 9							
DS 10			no	no	no	no	no
DS 11	no (nell'anno non si sono verificate assegnazioni di personale con qualifica dirigenziale)	no (nell'anno non si sono verificate assegnazioni di personale con qualifica dirigenziale)	no	no	sì	29	sì
DS 12	no, nell'arco dell'anno non si sono verificati nuovi ingressi di dirigenti	no, nell'arco dell'anno non si sono verificati nuovi ingressi di dirigenti	sì, 4	no	sì	distribuzione e raccolta ancora in corso (a tutti i dipendenti, agli specialisti convenzionati interni, ai medici di continuità assistenziale, ai medici di medicina dei servizi)	sì effettuate 2 riunioni con il personale del DS 12
DS 13	sì	sì		no	no	no	no
Infrastrutture	no	no	no	no	sì		sì (1 - diffusione codice)

Tabella n. 10: Questionari compilati relativi al rispetto del P.T.P.C.T. e dei Codici di Comportamento (per gli anni 2015 e 2016).

Monitoraggio su aspetti di specifica competenza della S.C. Servizio Amministrazione del Personale:

RIF.	OBBLIGHI PREVISTI	OBBLIGHI SVOLTI	PRECISAZIONI
A	Codice di Comportamento		
1A	Quante comunicazioni relative all'appartenenza ad associazioni e/o organizzazioni ex art. 5 sono state ricevute?	14	
2A	E' stata consegnata la modulistica sul conflitto di interesse prevista dall' art. 6 e 7 del Codice di Comportamento?	no	
3A	E' stato consegnato il Codice di Comportamento o il PTPC al personale neo assunto?	no	I neo assunti come da contratto si
4A	Indicare il numero del personale a cui sono stati trasmessi i documenti di cui al punto 3A		Tutti i dipendenti
B	P.T.P.C.T.		
1 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)?	si'	
2 B	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?	si'	Per le commissioni di concorso
3B	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, ausilii finanziari, non ché 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 è 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?	si'	

B	Incarichi extra - istituzionali	Obblighi svolti
1 B	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.	Fino al I semestre 2016
2 B	Con quale frequenza vengono pubblicati? (in teoria ogni volta che viene	Dato di competenza
3 B	Indicare il numero degli incarichi autorizzati e il numero di quelli retribuiti	922
4 B	Indicare il numero degli incarichi non autorizzati specificando il motivo della mancata autorizzazione	13 Mancata autorizzazione per
5 B	Indicare se sono pervenute delle segnalazioni di incarichi extra istituzionali non autorizzati	2
6 B	Indicare il numero delle verifiche (eventualmente effettuate) anche sulla base delle segnalazioni dei Responsabili delle Strutture Aziendali e delle verifiche a	Competenza del Servizio Ispettivo
7 B	Indicare il numero di richieste che pervengono oltre i termini utili e quelle pervenute quando l'incarico è già stato parzialmente o interamente svolto	35
8 B	Indicare se sono giunte richieste di autorizzazione redatte su modulo non appropriato o in violazione del Regolamento interno	50
9 B	Indicare se sono state accordate sanatorie successive all'avvio dell'attività oggetto	25

Tabella n. 11: Questionario sul monitoraggio attività specifiche del S.C. Servizio Amministrazione del Personale

Obblighi specifici in capo al Dipartimento Infrastrutture:

RIF.	OBBLIGHI PREVISTI	OBBLIGHI SVOLTI	PRECISAZIONI
A	COMPORAMENTO NEI RAPPORTI PRIVATI (Codice art. 10)		
1A	Indicare le misure predisposte per assicurare il rispetto delle disposizioni 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"	Formazione ed informazione del personale Frammentazione delle conoscenze	
B	CONTRATTI ED ALTRI ATTI NEGOZIALI (Codice di Comportamento art. 14, Codice dei Contratti e Del. ANAC)		
1B	I bandi di gara sono stati predisposti sulla base dei modelli (bandi tipo) approvati dall'Autorità?	si'	
2B	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	Avv. Marco Bonetti, Dott.ssa Daniela Gavacuto	
3B	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?	si'	
4B	E' stato garantito l'alternarsi dei componenti delle commissioni nei casi di valutazione delle offerte secondo il criterio dell'offerta più vantaggiosa?	si'	Nell'ultimo quinquennio è stato effettuato un solo appalto di lavori con aggiudicazione secondo il criterio
5B	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?		Non pertinente: il Dipartimento infrastrutture non si occupa di acquisti e forniture
6B	Nelle procedure di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi è stata garantita la rotazione del RUP?	si'	Tenuto conto delle competenze e dell'esiguità delle figure in grado di svolgere la funzione
7B	E' stata trasmessa all'ANAC la documentazione di cui all'art. 37 DL. n. 90/2014 (così come convertito dalla L. n. 114/2014)?	No perché l'impono dell'appalto a base di gara non è superiore alla soglia comunitaria di cui all'art.28	
8B	L'affidamento di incarichi di progettazioni avviene tenendo presente le Linee guida di cui alla Det. ANAC n. 4/2015?	si	
9B	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?	no	Non si è verificato il caso di conflitto di interesse
10B	Indicare il numero di eventuali astensioni comunicate dai dipendenti di cui al punto precedente (in base ai modelli predisposti ex art. 6 del Codice di Comportamento)	no	Vedi sopra
C	INESISTENZA DI SITUAZIONI DI REVOLVING DOOR (PANTUFLAGE) (P.T.P.C - Cap. 7)		
1C	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?	sono in corso le opportune iniziative di adeguamento	
2C	Viene richiesta una dichiarazione del legale rappresentante di non aver concluso contratti di lavoro di cui al punto 1 C?	sono in corso le opportune iniziative di adeguamento	
3C	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?	si'	
D	VIOLAZIONI CODICI DI COMPORTAMENTO		
1D	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?	si'	Il Dipartimento infrastrutture non si occupa di forniture di beni e servizi se non per incarichi di progettazione
2D	Alle imprese o ditte fornitrici è stata inviata copia del Codice di Comportamento aziendale?	si'	
E	DIVIETI AI CONDANNATI EX ART. 35 TU P.I.		
1E	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?		Il dipartimento delle infrastrutture non assegna incarichi di nessuna specie negli uffici preposti all'acquisizione di beni, servizi e forniture
2E	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?	si'	
F	MONITORAGGIO RAPPORTI TRA ASL ED I SOGGETTI CHE CON LA STESSA STIPULANO CONTRATTI (ART. 1 C9 LETT. E) L. N. 190/2012)		
1F	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?	no	

Tabella n. 12: Questionario sul monitoraggio attività specifiche del Dipartimento Infrastrutture

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 biennio 2015-2016 il monitoraggio dei tempi dei procedimenti si è svolto regolarmente allargandosi ad altre strutture:

Monitoraggio tempi procedurali 2016

- [Dipartimento Amministrativo: monitoraggio procedimenti 2016](#)
- [Dipartimento Economico Gestionale: monitoraggio procedimenti 2016](#)
- [Dipartimento Cure Primarie e Attività distrettuali: monitoraggio procedimenti 2016](#)
 - [Dipartimento Infrastrutture: monitoraggio procedimenti 2016](#)
 - [Dipartimento Prevenzione: monitoraggio procedimenti 2016](#)
 - [Presidio Ospedaliero Unico: monitoraggio procedimenti 2016](#)
 - [Dipartimento Farmaceutico: monitoraggio procedimenti 2016](#)
 - [Staff Direzione Generale: monitoraggio procedimenti 2016](#)

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 precedente, 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 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

In base ai dati forniti dall'UPD i risultati 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, che contiene i seguenti dati:

- Tipologia procedimenti (maggiori o minori)
- Motivo del procedimento
- Se trattasi di un procedimento "riaperto"
- Esito del procedimento
- Se si tratta di un fatto penalmente rilevante; nel caso affermativo se ha avuto luogo una sanzione
- Se si tratta di un fatto penalmente rilevante per fatti di corruzione
- Il tipo di correlazione con i Codici di Comportamento e gli articoli violati
- Area (luogo di lavoro ed area amministrativa, tecnica o sanitaria) in cui si è verificato il fatto
- se il procedimento riguarda un dirigente ovvero un dipendente del comparto

Nel corso del 2016 si segnalano gli articoli del Codice di Comportamento che sono stati violati:

Art. 11 c. 6; Art. 11 c. 7 punto X, XIII, XIV, XV, XVII.

Tre i procedimenti penalmente rilevanti ma nessuno per fatti di corruzione.

ADEMPIMENTI	TIPOLOGIA MONITORAGGIO	DATA
1. Compilazione tabella all.to n. 2 della nota RPCT prot. n. 13130 del 27/01/2017	OBBLIGHI DI TRASPARENZA	31 marzo 2017
2. Questionario sull'attività di monitoraggio	MONITORAGGIO SULLE MISURE OBBLIGATORIE PRESENTI NEL P.T.P.C.T., SEZ. TRASPARENZA. E NEI CODICI DI COMPORTAMENTO	Metà ottobre di ogni anno
3. Revisione processo del rischio per agg. P.T.P.C	GESTIONE DEL RISCHIO E P.T.P.C.T.	Data diversificata per ogni struttura
4. Monitoraggio trattamento rischio	GESTIONE DEL RISCHIO	31 ottobre 2017
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 trimestrale

Tabella n. 13: Elenco monitoraggi e tempistiche 2017

19. 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	misure di prevenzione obbligatorie	13/06/2014	14/11/2014

comunicazione			
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. 14: 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:

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

Tabella n. 15: 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 a di una tabella relativa ai dati relativi agli incarichi extraistituzionali come da art. 7 lett. c del presente Piano	Misure di prevenzione obbligatorie	fine giugno 2015
Realizzazione 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. 16: Obiettivi del 2015

Infine si riportano gli obiettivi raggiunti nel 2016:

ATTIVITA'	TIPOLOGIA
Accreditamento corso di formazione FAD di due moduli	Formazione
Affinamento del processo sul trattamento del rischio 2014 aggiornandolo e, se il caso, individuando nuove "misure ulteriori"	Gestione del rischio
Coinvolgimento di nuove strutture nell'analisi e nella valutazione del rischio	Gestione del rischio
Attività formativa (sia d'aula sia "FAD")	Trasparenza e anticorruzione

Tabella n. 16: Obiettivi del 2015