



Aggiornamento anno 2018

***PIANO TRIENNALE
DELLA PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE
E DELLA TRASPARENZA
2018 - 2020***

Sommario

Parte Prima – Finalità, organizzazione e obiettivi del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.)	4
a) <i>Scopo del Piano e modalità di adozione</i>	4
b) <i>Novità del presente aggiornamento e fonti normative consultate</i>	5
c) <i>Resoconto sul raggiungimento degli obiettivi strategici del triennio 2017 – 2019</i>	8
d) <i>Obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza del triennio 2018 - 2020</i>	13
e) <i>Attori coinvolti nelle politiche di prevenzione</i>	16
Parte Seconda - La gestione del rischio: un nuovo approccio	28
a) <i>Introduzione</i>	28
b) <i>Il contesto esterno e interno</i>	30
c) <i>Il contesto esterno</i>	30
d) <i>Il contesto interno</i>	31
e) <i>La mappatura dei processi</i>	33
f) <i>La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione</i>	34
g) <i>Il trattamento del rischio</i>	35
Parte terza - La trasparenza amministrativa	36
a) <i>Organizzazione dei flussi informativi: i soggetti preposti all'individuazione, all'elaborazione e alla trasmissione dei dati</i>	37
b) <i>Organizzazione dei flussi informativi: la pubblicazione informatizzata dei dati</i>	38
c) <i>Disposizioni organizzative per assicurare la regolarità dei flussi informativi</i>	39
d) <i>Performance, trasparenza e P.T.P.C.T.</i>	43
e) <i>L'accesso civico</i>	45
f) <i>Iniziative di comunicazione con i portatori di interesse nel 2017</i>	52
g) <i>Principali attività di verifica svolte nel corso del 2017</i>	54
Parte Quarta - Le misure "generali"	55
a) <i>Formazione in tema di anticorruzione</i>	55
b) <i>Codici di Comportamento</i>	62
c) <i>Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse</i>	63
d) <i>Incarichi extra-istituzionali</i>	64
e) <i>Inconferibilità – incompatibilità ex D.Lgs. n. 39/2013</i>	65
f) <i>La rotazione del personale</i>	65
g) <i>Revolving doors o pantouflage</i>	68

h) Whistleblower (Sentinella Civica).....	69
i. <i>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</i>	72
Parte Quinta - Esiti del monitoraggio 2017 relativo alla prevenzione della corruzione e della trasparenza	73
a) <i>Monitoraggio sul trattamento del rischio</i>	73
b) <i>Monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento</i>	76
c) <i>Controlli sui procedimenti disciplinari</i>	78

Allegati :

Allegato n. 1: Elenco dei Responsabili addetti alla trasmissione e alla pubblicazione dei dati obbligatori” di pagg. 27

Allegato n. 2: Registro dei rischi di pagg. 7

Allegato n. 3: Tabella aggregata questionario relativo al monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento di pag. 1

Allegato n. 4 “Cronoprogramma attività 2018 – 2020” di pagg. 2

Allegato n. 5 “Diagramma di Gant” di pag. 1.

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

a) Scopo del Piano e modalità di adozione

Il P.T.P.C.T. è un documento di natura programmatica e rappresenta il documento fondamentale per la definizione della strategia di prevenzione della corruzione in Azienda.

Il P.T.P.C.T. deve essere concepito non come un documento formale, statico, compiuto e con una data di conclusione certa, ma come uno strumento in costante e continua evoluzione nella consapevolezza che i processi di miglioramento di una organizzazione sono lunghi e complessi e che è necessario affrontarli con una serie di strumenti che vengono progressivamente affinati, modificati, perfezionati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione e in base all'esperienza via via acquisita nel corso degli anni.

Il presente 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 aumentare i livelli di trasparenza.

Il presente Piano copre il triennio 2018 – 2020.

Viene adottato dalla Direzione Generale entro il 31 gennaio 2018 ed entro un mese dalla sua adozione verrà pubblicato nella sottosezione di Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

All'interno del P.T.P.C.T. è stata identificata la sezione relativa alla trasparenza e sono stati indicati i soggetti preposti all'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati ex D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.(All. 1).

Il P.T.P.C.T. si compone del presente documento e dei suoi allegati.

Al suo interno sono inseriti i seguenti macro contenuti:

- le misure di prevenzioni generali disposte dai PNA;
- la sezione relativa alla trasparenza;
- i rischi e le relative misure specifiche, individuate in base alle risultanze del processo della "gestione del rischio";
- i soggetti che intervengono nelle attività di prevenzione;
- i tempi e le modalità di monitoraggio effettuato per verificare il rispetto degli obblighi ivi contenuti;
- il resoconto degli obiettivi programmati nel P.T.P.C.T. 2017 – 2019;
- gli obiettivi che si vogliono raggiungere nel corso del triennio.

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

Tutte le attività e le iniziative in materia di prevenzione e di trasparenza contenute nel presente P.T.P.C.T. presentano un minimo comune denominatore: creare un percorso di cambiamento culturale che porti a considerare i valori di trasparenza e di integrità intrinsecamente connessi ad ogni azione e decisione amministrativa per il miglioramento della qualità dei servizi e delle relazioni tra amministrazione e cittadini.

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)

b) Novità del presente aggiornamento e fonti normative consultate

Ai fini di favorire una maggiore diffusione dei contenuti del documento e facilitarne la lettura da parte dei cittadini/utenti e dei dipendenti dell’Azienda il presente aggiornamento si è proposto di rendere il P.T.P.C.T. più snello. Infatti si è cercato di:

- chiarire alcuni aspetti inerenti alla procedura organizzativa;
- eliminare i dati e le informazioni riguardo le attività svolte negli anni precedenti evidenziando unicamente le attività svolte nel corso del 2017;

- eliminare le mappature e gli elenchi dei procedimenti dal corpo del documento (pubblicandole come allegati separati);
- eliminare le schede di monitoraggio (rappresentando in sostituzione uno schema di sintesi);
- stralciare i contenuti non necessari, eccessivamente formali o ridondanti presenti nei Piani Triennali precedenti;
- semplificare la metodologia della gestione del rischio dando risalto all'attività di analisi e riducendo il numero delle tabelle da compilare;
- pubblicare le schede della gestione del rischio come allegati separati dal corpo del documento;
- dare maggiore evidenza a ciò che è stato fatto nel corso dell'anno indicando gli obiettivi effettivamente raggiunti;
- distinguere le nuove strutture coinvolte nelle attività di prevenzione del rischio rispetto a quelle già in precedenza soggette alle suddette attività di prevenzione.

Inoltre il presente aggiornamento ha previsto:

- il coinvolgimento degli organi di indirizzo nella predisposizione del piano, attraverso l'individuazione degli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- la 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;
- la divulgazione dell'istituto dell'accesso civico, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016;
- il 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;
- l'aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale;
- la previsione di relazioni stabili con i "portatori di interesse aziendali";
- il rafforzamento della collaborazione con la S.S. Servizio Ispettivo e l'URP aziendale;
- la creazione di una connessione più stringente tra il P.T.P.C.T. e il ciclo della Performance;
- una capillare azione di sensibilizzazione all'interno delle aree a rischio per favorire la creazione di gruppi di lavoro per l'aggiornamento della gestione del rischio;
- la modifica della procedura relativa al dipendente che segnala illeciti (c. 51 art. 1 L. n. 190/2012).

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

- a) D.Lgs. n. 39/2013: “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni [...]” e s.m.i;
- b) D.Lgs. n. 33/2013: “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità [...]”;
- c) Linee di indirizzo del Comitato interministeriale (istituito con D.P.C.M. 16/01/2013) del 12/3/2013 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. 1/2013 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. n. 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) Deliberazione ANAC n. 241 dell’08/03/2017 “Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013 “Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i 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. n. 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. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016”;
- v) Circ. DFP n. 2/2017 “Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato”;
- w) Del. ANAC n. 382 del 12/04/2017;
- x) PNA 2017 (Deliberazione ANAC n. 1208 del 22.11.2017);
- y) L. n. 179 del 30/11/2017 recante “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”;
- z) Comunicato del Presidente dell’ANAC del 20/12/2017.

c) Resoconto sul raggiungimento degli obiettivi strategici del triennio 2017 – 2019

Sintesi obiettivi triennio 2017 – 2019

In base all’art. 1 c. 8 della L. n. 190/2012 la Direzione Generale aveva definito gli obiettivi strategici e le finalità da perseguire, costituenti contenuto necessario ai fini dell’adozione del P.T.P.C.T. 2017 – 2019, di cui si fornisce di seguito una sintesi:

1. Formazione come strumento di diffusione della legalità
 - 1.1. attivazione corso FAD dedicato all'area "contratti";
 - 1.2. aggiornamento corso FAD generale sulla L. n. 190;
 - 1.3. accertamento dell'attività di divulgazione sui contenuti del Codice di Comportamento da parte dei dirigenti responsabili di struttura.
2. Ampliamento del processo della "gestione del rischio"
 - 2.1. Individuazione di ulteriori aree a rischio.
3. Aumentare il livello di trasparenza
 - 3.1. Aggiornamento dei dati dei procedimenti amministrativi pubblicati;
 - 3.2. Promozione dell'accesso civico generalizzato;
 - 3.3. Ampliamento della comunicazione istituzionale allo scopo di comprendere eventuali criticità nell'erogazione dei servizi allo scopo di migliorarli;
 - 3.4. Avvio di un percorso informativo con i portatori di interesse sulla normativa della prevenzione della corruzione e della trasparenza.
4. Collegare il P.T.P.C.T. al Ciclo della Performance attraverso l'assegnazione di obiettivi organizzativi e individuali di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Attività svolte nel corso del 2017 per dare seguito agli obiettivi strategici

1) Formazione come strumento di continua alimentazione e diffusione della cultura della legalità

- 1.1. Aggiornamento corso FAD sulle tematiche della prevenzione della corruzione a carattere generale.

Durante il 2017 è stato aggiornato il corso, precedentemente attivato nel 2015, rivolto a tutti i dipendenti e reso obbligatorio per coloro che rientrano nelle aree a rischio. Gli aggiornamenti hanno riguardato le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e dal PNA 2016, le disposizioni principali previste dai Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale), l'esposizione sintetica delle tecniche per la conduzione del processo di analisi e gestione del rischio corruzione e delle principali misure di prevenzione obbligatorie, le norme sulla trasparenza con particolare attenzione al nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato. L'obiettivo, dunque, è quello di fornire un quadro delle politiche di prevenzione con lo scopo di sensibilizzare tutti i colleghi su questi temi, in considerazione dell'importanza che il problema della corruzione continua ad assumere.

- 1.2 Attivazione nuovo corso FAD anticorruzione dedicato all'area "contratti".

Contestualmente è stato attivato un corso specifico (predisposto da A.Li.Sa) dedicato all'area di rischio generale "contratti pubblici" su argomenti inerenti all'attività contrattuale, alla luce delle novità introdotte dal nuovo Codice degli appalti (D.Lgs. n. 50/2016).

1.3 Accertamento dell'attività di divulgazione sui contenuti dei Codici di Comportamento da parte dei dirigenti responsabili di struttura.

Per garantire una capillare diffusione dei contenuti dei Codici sono stati individuati specifici obiettivi di performance organizzativa che hanno previsto per le singole strutture aziendali la promozione e l'accertamento della conoscenza tra i dipendenti dei Codici di Comportamento attraverso specifici incontri, da effettuarsi entro l'anno e con la predisposizione di verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT.

2) Ampliamento del processo della "gestione del rischio"

Lo scopo dell'obiettivo è quello di ampliare il 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). A questo obiettivo si aggiunge l'obiettivo di lungo periodo già previsto nei Piani Anticorruzione precedenti ovvero quello di migliorare la gestione del rischio dei processi/procedimenti già inseriti nel registro dei rischi.

2.1 Individuazione di ulteriori aree a rischio.

Nel corso dell'anno le nuove strutture coinvolte nelle attività di "risk management" sono state:

- S.S.D. Popolazione a rischio: a seguito di analisi dei processi gli stessi sono risultati a basso rischio corruzione;
- S.S. Servizio Ispettivo: l'analisi si è conclusa con l'individuazione di processi a medio rischio corruzione;
- S.S.D. Coordinamento Attività Geriatriche: a seguito di analisi dei processi ne sono stati individuati due ad alto e uno a medio rischio;
- S.S. Gestione Rifiuti Sanitari: è stato individuato un processo a medio rischio corruzione;
- S.C. Farmacia Ospedaliera: compilate le tabelle gestione del rischio sono emersi due processi a medio rischio e uno ad alto;
- a seguito della mutata regolamentazione e del cambio di competenze da parte di Regione e A.Li.Sa. in materia di contratti con le strutture accreditate per le forniture di prestazioni sociosanitarie, la struttura non è stata ancora in grado di qualificare le relative attività;
- S.C. Direzione Amministrativa P.O.U.: è stata effettuata un'analisi preliminare degli aspetti più rischiosi del processo afferente alle "autorizzazioni svolgimento attività libero professionale intramuraria".

3) Promozione di un maggior livello di trasparenza

3.1 Aggiornamento dei dati sui procedimenti amministrativi.

Anche a seguito nelle modifiche organizzative intervenute è stato chiesto ai Referenti di rivedere tutti i dati relativi ai procedimenti amministrativi ex L. n. 241/1990. I procedimenti sono stati via via trasmessi a redazione.sito per l'aggiornamento.

Inoltre, è stato mappato un nuovo procedimento relativo alla S.S.D. Popolazione a Rischio.

3.2 Promozione dell'accesso civico generalizzato.

La promozione del nuovo istituto è avvenuta attraverso:

- a) informazioni di sintesi aggiornate in base alle modifiche normative che sono state inserite nel presente piano e che verranno pubblicate (vedi parte terza: la trasparenza amministrativa) sul sito istituzionale;
- b) aggiornamento della sotto sezione "altri contenuti - accesso civico" della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web;
- c) illustrazione sintetica dei principi fondamentali dell'istituto in occasione della Giornata della Trasparenza, che ha avuto luogo il 12 ottobre 2017, nell'ultima parte dell'evento dedicato agli interventi dei portatori di interesse.

3.3 Ampliamento della comunicazione istituzionale allo scopo di comprendere eventuali criticità nell'erogazione dei servizi allo scopo di migliorarli.

Nel corso dell'anno sono stati organizzati incontri con l'URP per analizzare il tipo di reclami pervenuti, in particolare se questi abbiano interessato personale operante nelle aree a rischio ovvero personale di aree ancora escluse dall'analisi dei rischi di corruzione. In base alla conseguente analisi si stanno accorpando e catalogando i reclami per tipologia e area di provenienza. Lo scopo è quello di evidenziare quali criticità potrebbero essere riconducibili ad eventuali fenomeni di corruzione e di individuare gli uffici in cui si sono verificati tali episodi. Dalle risultanze del suddetto controllo potrebbe emergere la necessità di coinvolgere nell'analisi del rischio ulteriori uffici attualmente esclusi.

A novembre è stata pubblicata on – line una brochure che con semplicità ha cercato di illustrare gli aspetti principali delle attività svolte in Azienda. Per raggiungere anche gli utenti sprovvisti di internet sono state distribuite copie cartacee presso le sedi URP sul territorio. Il lavoro di produzione grafica, stampa e pubblicazione on - line è stata realizzata dall'URP in base ai contenuti forniti dal RPCT.

3.4 Avvio di un percorso informativo con i portatori di interesse.

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, di cittadini, degli utenti e degli assistiti nel caso del SSN.

Le amministrazioni sono tenute a raccogliere i «feedback dai cittadini e dagli stakeholder [portatori di interesse] sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati nonché eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito a ritardi e inadempienze» (Del CIVIT n. 2/2012).

Per dare avvio ad un percorso di collaborazione stabile e produttivo sono stati organizzati due incontri con il Comitato Misto Consultivo organo fondamentale di collegamento tra l'Azienda e il cittadino-utente per quanto riguarda il costante miglioramento dei servizi sanitari. L'organo comprende, infatti, in numero paritetico, sia rappresentanti delle Associazioni di Volontariato sia rappresentanti della Asl3.

Lo scopo di questi incontri è stato quello fornire agli stakeholder strumenti per esercitare il loro ruolo, di critica e di stimolo, per orientare le attività di prevenzione verso i reali interessi e bisogni dei cittadini. Pertanto, in questi incontri sono state illustrate brevemente le principali norme relative alla trasparenza e all'anticorruzione, l'importanza della loro partecipazione anche esterna ai fini dell'elaborazione dei documenti strategici per l'attuazione delle politiche di prevenzione, documenti strategici di riorganizzazione, codici di comportamento in Azienda, allo scopo di stabilire un canale di comunicazione stabile e continuo con i portatori di interesse per ricevere supporto, consigli, critiche e, in futuro, per ricevere proposte per l'individuazione di nuovi uffici a rischio e per l'adozione di nuove misure di prevenzione da mettere in atto. Nello specifico, nel corso del secondo incontro, che ha avuto luogo il 04/10/2017 è stato concordato di trasmettere le bozze di atti dell'Amministrazione quali il nuovo Piano e il codice di Comportamento in modo da consentire una effettiva, concreta e consapevole partecipazione ai procedimenti che porteranno alla loro adozione. Infine, è stato concordato, anche per il futuro, di stabilire incontri in cui il RPCT si impegni a illustrare le attività svolte in ambito di prevenzione e ad ascoltare le segnalazioni e le osservazioni anche critiche dei portatori di interesse. Il resoconto di questo percorso verrà fornito nelle future Giornate della Trasparenza.

4) Collegare il P.T.P.C.T. al Ciclo della Performance attraverso l'assegnazione di obiettivi organizzativi e individuali di prevenzione della corruzione e di trasparenza

L'Anac richiama tutte le Amministrazioni Pubbliche sulla necessità di assicurare l'integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione. In particolare, sull'esigenza di garantire il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, prevedendo

esplicitamente nei Piani della performance il riferimento a obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire. La rilevanza strategica che assume l'attività di prevenzione e di contrasto della corruzione, infatti, comporta che le amministrazioni debbano provvedere all'inserimento dell'attività che pongono in essere per l'attuazione della L. n. 190/2012 nella programmazione strategica e operativa, definita in via generale nel Piano della performance. I collegamenti tra il ciclo della performance e il P.T.P.C.T. devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i diversi Piani.

Lo scopo è quello di tradurre gli adempimenti connessi alla prevenzione e, in particolare, l'applicazione delle misure specifiche di prevenzione in obiettivi organizzativi ed individuali da assegnarsi alle Strutture e ai loro Dirigenti.

Di conseguenza tutti gli uffici rientranti nelle aree a rischio hanno ricevuto, in sede di discussione del budget 2017 obiettivi di trasparenza e di prevenzione della corruzione. Sono stati predisposti obiettivi specifici e diversificati per ogni singola struttura in base alle criticità che nel corso degli anni sono state riscontrate, cercando di coinvolgere e attivare concretamente la procedura organizzativa messa in piedi in questi anni e costituita da una rete di referenti della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (che solitamente coincidono con i Direttori di Dipartimento rientranti nelle aree a rischio) che riferiscono al RPCT di tutte le problematiche, le criticità nell'attuazione del P.T.C.P.T. all'interno delle singole strutture afferenti ai Dipartimenti.

Dell'esito del raggiungimento di questi specifici obiettivi in tema di contrasto del fenomeno corruttivo (e dunque dell'esito della valutazione delle performance organizzativa e individuale) verrà dato conto nell'ambito della Relazione delle Performance (articolo 10 del D.Lgs. n. 150/2009), dove a consuntivo e con riferimento all'anno precedente il RPCT verificherà i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti. Dei risultati emersi nella Relazione verrà effettuata un'analisi per comprendere le ragioni/cause in base alle quali si sono verificati degli scostamenti rispetto ai risultati attesi.

d) Obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza del triennio 2018 - 2020

Gli obiettivi strategici relativi al triennio 2018 – 2020 sono stati definiti dal Direttore Generale in base all'art. 1 c. 8 della L. n. 190/2012 e tenuto conto degli obiettivi strategici precedenti. La loro individuazione è avvenuta con nota prot. n. 8197 del 18/01/2018:

- 1) Rafforzamento delle attività di formazione anche sulla base dei risultati del questionario anonimo consegnato tramite la S.S. Servizio Ispettivo e Attività Extra – Istituzionali del Personale:

- a. Realizzazione di corsi in aula, rivolti ai Referenti Aziendali, ai dirigenti e ai coordinatori, sull'assetto organizzativo e sui compiti dei soggetti di supporto al RPCT.
 - b. Partecipazione a corsi di aggiornamento da parte del RPCT e del suo staff con particolare riferimento al "risk management" e alle attività di auditing.
 - c. Attività di divulgazione nei confronti del personale dell'Azienda sui contenuti del Codice di Comportamento aziendale a seguito dell'aggiornamento, curata dai Dirigenti di Struttura con la collaborazione del RPCT, del suo staff e, limitatamente agli aspetti disciplinari, dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari.
- 2) Aggiornamento della gestione del rischio inteso come processo dinamico i cui risultati sono frutto della maturazione e dell'esperienza che si consolida col tempo:
- a. **Mappatura:** per ogni processo individuare l'origine del processo (input), il risultato atteso (output), la sequenza delle attività che consente di raggiungere il risultato, i tempi, i vincoli, le risorse, le interrelazioni tra i processi.
 - b. **Valutazione e trattamento del rischio:** I rischi di corruzione dovranno essere reali e specifici e calati nel contesto di riferimento. Le misure dovranno essere adeguatamente progettate, sostenibili, verificabili, con la previsione di indicatori di monitoraggio e di valori attesi.
- 3) Introduzione di un sistema di "internal auditing" quale strumento per rafforzare il sistema dei controlli finalizzati alla prevenzione del rischio corruzione:
- a. Identificazione dei soggetti addetti alle attività di auditing (RPCT, NdV, Ufficio Qualità, ecc..).
 - b. Identificazione di un processo standardizzato per effettuare l'audit (con indicazioni di tempi e modalità di effettuazione).
 - c. Definizione di monitoraggi periodici attraverso controlli sul campo, con acquisizione della documentazione (check – list, verbali ecc..).
 - d. Monitoraggio dei processi (accertandone la funzionalità e l'affidabilità) e delle misure di prevenzione (accertandone la congruità e l'efficacia reale).
- 4) Promozione di un maggior livello di trasparenza:
- a. Proseguire nelle attività di comunicazione e di confronto con i portatori di interesse anche allo scopo di comprendere esigenze ed eventuali criticità al fine del miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi.
 - b. Divulgare la procedura del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato anche attraverso notizie da pubblicare sul sito internet aziendale.

- c. Attivazione dei registri degli accessi (amministrativo e relativo alla documentazione sanitaria).
 - d. Adottare adeguate iniziative per aumentare il numero di documenti, soggetti a pubblicità obbligatoria, in formato aperto ex art. 7 D.Lgs. n. 33/2013.
- 5) Collegamento P.T.P.C.T. con il ciclo della Performance:
- a. In sede di discussione di budget definire specifici obiettivi di trasparenza e di prevenzione della corruzione delle strutture aziendali più esposte a rischio di corruzione.
 - b. Gli obiettivi dovranno essere diversificati avendo riguardo alla realtà e alla criticità degli uffici.
 - c. Tra gli obiettivi dovrà essere inserita anche l'applicazione delle specifiche misure di prevenzione individuate dalle singole strutture.
 - d. Individuazione da parte dei dirigenti di obiettivi individuali di prevenzione della corruzione e di trasparenza per i propri collaboratori.
- 6) Coinvolgimento del NdV aziendale nelle attività di prevenzione della corruzione e di trasparenza e in supporto al RPCT:

In particolare, il Ndv oltre ad attestare formalmente i dati soggetti a pubblicazione e a esprimere parere obbligatorio sul Codice di Comportamento:

- a. verificherà la coerenza tra gli obiettivi previsti nella sezione della trasparenza e quelli indicati nel Piano della Performance.
- b. fornirà un supporto al RPCT nella valutazione delle misure ulteriori nell'ambito del processo gestione del rischio.
- c. attesterà l'esistenza di misure organizzative per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi ai fini della pubblicazione dei dati nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente".

Infine, si riportano gli obiettivi già programmati nel Piano aziendale precedente che non sono stati ancora portati a termine:

- a) aggiornamento del Codice di Comportamento a procedura aperta come stabilito dall'art. 17 del Codice di comportamento interno vigente (termine previsto entro il I semestre 2018);

- 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).

e) Attori coinvolti nelle politiche di prevenzione

a) Ruolo della Direzione Generale

Il Direttore Generale individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Inoltre, con le modifiche introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 all'art. 1 c. 8 della L. n. 190/2012:

“l'organo di indirizzo [il Direttore Generale] 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 della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il RPCT è uno dei soggetti fondamentali della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Svolge il ruolo di coordinamento e di impulso delle politiche di prevenzione all'interno dell'ente.

Con specifico provvedimento il Direttore Generale ha nominato il RPCT.

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 dell'Azienda, anche tramite i Referenti Aziendali, dati relativi a processi, procedimenti e/o attività;*
- *richiedere ai dirigenti che hanno 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 siano trasparenti;

- *verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su atti e/o comportamenti che possono integrare – anche solo potenzialmente – atteggiamenti corruttivi o comunque non conformi ai principi di legalità e trasparenza.*

Per la realizzazione dei compiti assegnati al RPCT è di fondamentale importanza la collaborazione come, tra l'altro, sancita dal PNA 2015:

“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, PNA 2015).

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 l’attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale” (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 almeno con cadenza annuale sull’attività dell’amministrazione e sul rispetto dell’applicazione delle norme contenute nel PTPCT e dei Codici di Comportamento da parte dei Dirigenti assegnati agli uffici sotto ordinati anche attraverso la compilazione di un apposito questionario predisposto dal RPCT;
- 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 ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012 e all’aggiornamento dei procedimenti amministrativi ex art. 35 D.Lgs. n. 33/2013, accertandosi che su Amministrazione Trasparente siano presenti tutti i procedimenti delle strutture afferenti al proprio Dipartimento suddivise in due tabelle (procedimenti di ufficio e di parte);
- adottano adeguate misure organizzative al fine di ricevere da parte dei propri dirigenti sotto - ordinati, tutti i dati a pubblicità obbligatoria di competenza del proprio Dipartimento;
- verificano che tutti i Dirigenti responsabili di struttura abbiano provveduto a:
 - indicare le sotto-sezioni di “Amministrazione Trasparente” di propria competenza;
 - pubblicare i dati soggetti a pubblicazione obbligatoria;

- individuare i soggetti tenuti alla trasmissione dei dati a redazione.sito.
- individuano il coordinatore (facilitatore) della prevenzione afferente al proprio dipartimento/struttura (vedi lett. e));
- si accertano che all'interno di ogni struttura afferente al proprio dipartimento/struttura venga svolto il processo della gestione del rischio, secondo i criteri previsti dal PNA, dal P.T.P.C.T. e dal RPCT;
- si accertano che all'interno degli uffici siano costituiti ed organizzati appositi gruppi di lavoro per garantire la massima partecipazione possibile nelle attività di individuazione dei rischi e di predisposizione delle misure di contenimento degli stessi;
- trasmettono al RPCT per il tramite del coordinatore del Dipartimento, i risultati e i dati relativi alla gestione del rischio corruzione e del monitoraggio del trattamento del rischio di tutte le strutture appartenenti al proprio Dipartimento, avendo cura di accorparli in un'unica tabella che racchiuda tutti i processi/procedimenti del Dipartimento.

Nelle more dell'imminente aggiornamento dell'Atto Aziendale sono stati indicati quali Referenti provvisori, 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/STRUTTURA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DIPARTIMENTO GIURIDICO
DIPARTIMENTO TECNICO
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
S.C. CURE PRIMARIE
S.C. ASSISTENZA CONSULTORIALE
S.C. D.M. PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
S.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA POU
S.C. BILANCIO E CONTABILITA'
S.C. CCD
S.C. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE FORNITURE
S.S.D. ECONOMATO E LOGISTICA
S.S.D. COORDINAMENTO E ATTIVITA' GERIATRICHE
S.S. RIFIUTI SANITARI

Si precisa che, laddove manchi, sia temporaneamente vacante o non venga individuato il Direttore di Dipartimento, i compiti del Referente aziendale sono automaticamente trasferiti ai dirigenti responsabili delle singole strutture afferenti al Dipartimento stesso.

d) Ruolo dei dirigenti

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.

Alla luce di quanto sopra il compito fondamentale assegnato ai dirigenti delle varie strutture rientranti nelle aree a rischio è quello di curare il processo della gestione del rischio e il suo aggiornamento, concorrendo all'individuazione dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione. L'individuazione dei rischi e delle misure deve avvenire attraverso un'attività di analisi meditata e partecipativa. Di conseguenza ai dirigenti è richiesto di avvalersi del proprio personale e di costituire apposito/i gruppo/i di lavoro sovrintendendone le attività e i lavori.

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).

Oltre a quanto sopra riportato i dirigenti:

- individuano un proprio coordinatore della prevenzione della corruzione e della trasparenza (vedi punto e)) e identificano i soggetti competenti alla trasmissione dei dati previsti a pubblicità obbligatoria a redazione.sito;
- verificano la presenza, la correttezza, la completezza, l'aggiornamento, l'integrità, la semplicità di consultazione, l'omogeneità, la riutilizzabilità dei dati soggetti a pubblicità obbligatoria ex D.Lgs. n. 33/2013 di propria competenza verificandone altresì che siano in formato aperto;
- accertano che la trasmissione dei dati a redazione.sito avvenga secondo la procedura prevista nella sezione "trasparenza" del presente P.T.P.C.T.;
- garantiscono un adeguato sostegno ai Referenti riguardo a tutti i compiti loro assegnati, sulla trasparenza amministrativa e sulla prevenzione della corruzione, come indicato alla lett. c);
- trasmettono al Referente le schede della gestione del rischio del proprio ufficio e quelle relative ai tempi dei procedimenti;
- promuovono e accertano la conoscenza dei codici di comportamento, sia generale sia interno, al proprio personale e tengono conto delle violazioni accertate ai fini della valutazione individuale, relazionando il Referente sulle infrazioni che hanno accertato;
- attivano procedimenti disciplinari di propria competenza, o richiedono all'UPD l'attivazione di procedimento disciplinari in caso di violazioni disciplinari o dei Codici di Comportamento;
- trasmettono copia dei suddetti codici ai soggetti terzi che collaborano alle attività della propria struttura;
- ottemperano agli obblighi di cui agli artt. 4, 5, 6, 7 e 13 del Codici summenzionati;
- gestiscono le segnalazioni di illecito (whistleblower) come previsto nella parte Quarta;
- monitorano il rispetto della puntuale trasmissione dei tempi dei procedimenti;
- applicano la rotazione straordinaria del personale (art. 55 – bis D.Lgs. n. 165/2001);
- rispettano le procedure relative al revolving doors.

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

Per rendere più snello ed efficace il coordinamento tra il RPCT e i Referenti e tra questi e i responsabili di struttura rientranti nelle aree a rischio, sono state individuate due figure di collegamento denominati *coordinatori (o facilitatori)* scelti tra quei dipendenti forniti di esperienza al fine di trattare gli aspetti operativi connessi agli obblighi relativi alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione, alla gestione del rischio e per le attività di supporto nelle attività di monitoraggio e di informare i Referenti/Dirigenti su problemi, criticità riscontrate. Lo scopo dell'introduzione di queste figure è volta, da un lato, ad agevolare e velocizzare le procedure e i tempi degli adempimenti, snellendo i compiti dei dirigenti e dei Referenti, i quali, pur rimanendo responsabili delle attività di prevenzione e della trasparenza delle proprie strutture, sono sgravati da compiti meramente operativi; dall'altro, a rendere più omogenee, tra gli uffici, le attività di prevenzione.

Queste figure si dividono in:

- 1) **I coordinatori dei Referenti:** nominati da questi ultimi, in sintesi si occupano di raccogliere e rendere omogenei i dati relativi alla gestione del rischio, ai monitoraggi e agli altri adempimenti di tutte le strutture del Dipartimento e, una volta acquisito l'assenso del proprio Referente di trasmetterli al RPCT. In particolare i coordinatori (facilitatori) di Dipartimento 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.
- 2) **I coordinatori dei dirigenti** delle strutture aziendali afferenti ai Dipartimenti, che si occupano di raccogliere i dati relativi alle attività dei singoli uffici inviandoli al coordinatore del Dipartimento. In particolare i coordinatori (facilitatori) delle varie strutture sono chiamati a tenere i contatti con i gruppi di lavoro e con i soggetti che trasmettono i dati per la pubblicazione su "Amministrazione Trasparente", a raccogliere i dati della gestione del rischio, dei monitoraggi e dei vari adempimenti richiesti ai singoli uffici e, una volta acquisito l'assenso del proprio dirigente, a trasmetterli al coordinatore dipartimentale.

E' rimessa alla discrezione dei Referenti/Dirigenti la possibilità di individuare un unico coordinatore per l'anticorruzione e la trasparenza ovvero suddividere i compiti su due soggetti. Normalmente la scelta dovrebbe ricadere sul personale del comparto ma è possibile individuare anche figure dirigenziali.

E' importante ribadire che il coordinatore (facilitatore), occupandosi di dare supporto al 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; infatti la responsabilità ricade sempre sui Referenti/Dirigenti che devono elaborare le attività di analisi richieste coinvolgendo il proprio personale attraverso appositi gruppi di lavoro. Il compito dei coordinatori, invece, è quello di facilitare il dialogo interno ed esterno per fare in modo che le incombenze siano adempiute nei tempi previsti e secondo le modalità e le procedure stabilite.

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 D.Lgs. 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 al RPCT nell'ambito del processo denominato: "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.

Secondo le indicazioni del PNA 2017 il NdV sarà chiamato ad attestare l'effettiva esistenza di misure organizzative per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi ai fini della pubblicazione dei dati nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente".

Nel 2017 il NdV 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. 1310/2016 con documento di attestazione del 13/04/2017". Si rinvia ai P.T.P.C.T. precedenti per l'elenco delle attività svolte dal suddetto organo nel corso del periodo 2013 – 2016.

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

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

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

- cura e propone, sulla base degli esiti di cui all' art. 55-bis D.Lgs. n. 165/2001, l'aggiornamento del Codice di Comportamento, con la supervisione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- tiene la raccolta delle segnalazioni delle condotte illecite e sanzionate con particolare riguardo alle violazioni dei Codici predisponendo, con cadenza periodica secondo le indicazioni del RPCT le schede annuali nelle quali vengono diffusi in forma anonima, i seguenti dati:

- tutte le segnalazioni pervenute di possibili violazioni del Codice di Comportamento e di quello Disciplinare;
- tutti i procedimenti disciplinari che hanno avuto luogo in Azienda, con specifica evidenza di quelli che prefigurano violazioni penali e dei procedimenti disciplinari legati a fatti di corruzione, con indicazione del codice penale violato;
- le aree, le strutture in cui si sono verificate le suddette violazioni e le sanzioni irrogate;
- opera, in raccordo con le strutture del Personale competente, al rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, previa istruttoria condotta dal Servizio Ispettivo, fornendo riscontro annuale al RPCT;
- fornisce, in raccordo con il RPCT, 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 riportate nel presente 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.T.;
- segnalano al proprio Responsabile di Struttura le situazioni di illecito ai sensi dell'art. 54 – bis del D.Lgs. n. 165/2001;
- osservano le misure previste dagli artt. 4, 5, 6 e 7 del Codice di Comportamento ex DPR. n. 62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale.

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

- danno il proprio contributo al processo della gestione del rischio, con compiti e mansioni assegnate dal proprio responsabile, in accordo con il Referente aziendale, attraverso la partecipazione di appositi gruppi di lavoro (infatti, 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 e a qualsiasi anomalia accertata, indicando per ciascun procedimento, che ha

comportato sfioramento dei termini fissati, le motivazioni, in fatto ed in diritto, che giustificano il ritardo, ai sensi dell'art. 3 della L. n. 241/1990.

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'Asl3 e tramite i vari canali di comunicazione (mail o protocollo generale). L'attività dei reclami riguarda tutte le segnalazioni pervenute all'Azienda sia a carattere sanitario sia tecnico-amministrativo e viene gestita mediante richiesta alle Strutture Complesse e Semplici, ai Dipartimenti e ai Distretti competenti per la fattispecie del reclamo stesso. Tramite i reclami si esplicano anche le conseguenti proposte di miglioramento alla Direzione riguardo alle aree rilevate critiche e nel coordinamento dei rapporti con le Associazioni di Volontariato e il Terzo Settore, anche tramite il loro coinvolgimento nel Comitato Misto Consultivo aziendale, organismo obbligatorio ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 502/1992.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico assume un ruolo sempre più importante nei rapporti con la cittadinanza anche in riferimento alle politiche di prevenzione alla corruzione. Inoltre, con l'introduzione dell'accesso civico generalizzato ex D.Lgs. n. 97/2016, l'invio delle richieste dei cittadini può avvenire anche tramite la consegna manuale alle sedi URP aziendali (sempre firmate ed accompagnate da fotocopia di un documento di identità in corso di validità), che provvederanno a scansionare la richiesta e ad attribuire un protocollo generale.

l) 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 Asl3 sono tutti gli attori o gruppi attivamente coinvolti, a vario titolo, nelle attività dell'organizzazione. Nello specifico sono da considerarsi stakeholder dell'Azienda le seguenti categorie: i Cittadini fruitori dei servizi sanitari, i Familiari, le Associazioni di volontariato, le Associazioni di Malattia, le Associazioni dei Consumatori, gli Enti pubblici e Istituzioni, i Sindacati, i Patronati, i Media, gli Ordini Professionali, i Dipendenti dell'Azienda sanitaria, le Pubbliche Assistenze, i Fornitori, le Strutture Pubbliche e Convenzionate, gli Studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari.

m) Servizio Ispettivo e Attività extra – istituzionale del Personale

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".

Il S.I. è altresì chiamato a collaborare con il RPCT nell'ambito della procedura di verifica di eventuali fatti illeciti denunciati dal whistleblower.

n) RASA

"Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della SA [stazione Appaltante] stessa [...] L'individuazione del RASA è intesa come misura

organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione” (PNA 2016, pag. 22).

L’attuale RASA della Asl3 è l’Ing. Francesco Zampini.

o) 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

Parte Seconda - La gestione del rischio: un nuovo approccio

a) Introduzione

La L. n. 190/2012 e s.m.i. definisce un modello del rischio partendo dalla considerazione per cui la corruzione è configurabile quale rischio a cui gli enti pubblici sono ontologicamente esposti, a prescindere dal livello di trasparenza e di integrità che hanno raggiunto. Per questo è necessario puntare sull’avanzamento di questo processo, sia allargando il perimetro di strutture aziendali sottoposte a mappatura, sia innalzando la qualità dell’analisi stessa, da concepirsi non come adempimento burocratico ma come concreta realizzazione di misure di neutralizzazione dei rischi corruttivi.

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 a indicare 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).

Come l’Autorità Anticorruzione ha già avuto modo di rilevare nel corso degli ultimi anni una pedissequa applicazione del metodo offerto dall’allegato n. 5 del PNA 2013 (predisposto dal DFP), aveva comportato da parte delle strutture aziendali una identificazione dei rischi e delle misure di prevenzione molto spesso improntata al formalismo non riuscendo pertanto ad inquadrare la realtà e i rischi concreti degli uffici coinvolti. La gestione del rischio imposta nel 2017 si propone l’obiettivo di smantellare l’impianto burocratico dando avvio ad un processo più agile e concreto la cui essenza non sia costituita dalla mera compilazione di modelli di calcolo ma da una analisi interna dei rischi e dei rimedi possibili mediante la partecipazione allargata dei dipendenti. A questo fine si è cercato di sollecitare le strutture delle aree a rischio a privilegiare la partecipazione interna per far venire fuori le conoscenze acquisite dal proprio personale nel corso degli anni, facendo emergere in modo più efficace i rischi di una cattiva amministrazione delle stesse, tralasciando la meccanica applicazione di parametri e formule per il calcolo del rischio.

Pertanto il tentativo di innalzare il livello di qualità del processo di analisi e di individuazione di appropriate misure di prevenzione è previsto attraverso:

- 1) un miglioramento nelle comunicazioni tra il RPCT e i Dirigenti Responsabili delle strutture/uffici a rischio, rendendo più concreto il ruolo dei Referenti della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (individuati solitamente tra i Direttori di Dipartimento) quali anelli di congiunzione tra il RPCT e gli uffici rientranti nelle aree a rischio: i dirigenti hanno il compito di svolgere il processo del rischio all’interno dei propri uffici, mentre i Referenti coordinano le attività di analisi delle singole strutture, verificano e assemblano i dati trasmettendo al RPCT una tabella riassuntiva e complessiva di tutte le attività a rischio. I Referenti e i Dirigenti si avvalgono dei “coordinatori”, i cui compiti sono stati illustrati al punto e) – Parte prima;
- 2) l’utilizzo di un approccio bottom – up basato quindi sulla partecipazione e sull’ascolto delle esperienze dei dipendenti che concretamente operano nei settori più sensibili. Tutti i Referenti sono stati invitati a incentivare, all’interno delle strutture dei propri dipartimenti, l’utilizzo di appositi gruppi di lavoro, composti da personale non solo ammini-

strativo, ma anche tecnico e sanitario, per valutare insieme quali siano le attività più soggette a rischio, individuando rischi e misure non astratte ma fattibili, concrete e programmate. Si vuole evitare che il processo del rischio si riduca ad una mera compilazione di tabelle svolta dal dirigente o da un amministrativo ma venga inteso come una autoanalisi delle proprie attività che coinvolga più persone possibili;

- 3) l'impiego di una tabella unica per l'aggiornamento della gestione del rischio (e il suo monitoraggio) che racchiude tutte le fasi di cui si compone la suddetta analisi (da ora in poi chiamata "tabella unica"). Attraverso questo strumento si auspica anche una riduzione dei tempi di trasmissione dei dati velocizzando e semplificando il lavoro alle strutture coinvolte;
- 4) i dati relativi al monitoraggio del trattamento del rischio sono stati modificati per renderli più articolati e analitici in modo da mettere in evidenza l'importanza di una verifica all'interno di ogni ufficio sulla applicazione delle misure dichiarate, individuando l'effettiva incidenza di tali misure per ridurre le cause di rischio;
- 5) un concreto supporto ai singoli uffici e ai gruppi di lavoro, per l'espletamento e la compilazione delle schede relative alla gestione del rischio mediante la trasmissione di apposite slide informative e partecipando agli incontri dei gruppi di lavoro per collaborare allo svolgimento delle analisi dei rischi.

b) Il contesto esterno e interno

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.

c) Il contesto esterno

Seguendo le indicazioni relative all'aggiornamento del PNA del 2015 l'analisi del contesto esterno deve 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'Asl3 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'Asl4 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 Asl3, 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).

d) Il contesto interno

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

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

I Distretti rappresentano l'unità funzionale dell'assistenza sanitaria erogata dall'Asl: il punto di partenza dei percorsi clinici, che possono prevedere o meno - al loro interno - una "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, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;
- b) la nomina dei membri del Collegio Sindacale, su designazione delle Amministrazioni competenti;
- c) la nomina dei responsabili delle strutture Aziendali ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi dirigenziali, in conformità a quanto stabilito dal D.Lgs. n. 502/1992, dal D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., dai contratti collettivi di lavoro nel tempo vigenti e dal Regolamento Aziendale;
- d) l'adozione dell'atto aziendale, nonché le modificazioni e integrazioni allo stesso;
- e) gli atti di bilancio compresa l'adozione del budget;
- f) gli atti di programmazione sanitaria locale;
- g) le funzioni non delegabili in materia di sicurezza, salute ed igiene sul lavoro.

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

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

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

Il Processo di Programmazione si occupa dell’implementazione delle strategie e del raggiungimento delle finalità assunte in sede di pianificazione strategica attraverso la 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 Asl3 ha optato per un processo di budgeting di tipo “bottom up”, in cui però la formulazione delle proposte dei centri di responsabilità viene indirizzata dalle linee 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.

e) La mappatura dei processi

La «mappatura dei processi» è l’elenco dei processi organizzativi in cui sono individuate le attività svolte dall’ente, le fasi di cui si compone e le responsabilità per ciascuna fase.

Inizialmente l’attività di analisi è partita prendendo in considerazione unicamente i procedimenti amministrativi. Per la mappatura ci si è basati sui dati richiesti dall’art. 35 del D.Lgs. n. 33/2013 che richiede la pubblicazione di alcuni dati relativi alle tipologie di procedimento di propria competenza. La mappatura dei procedimenti è stato un punto di partenza per riuscire a focalizzare i processi più importanti.

Tuttavia il processo non è del tutto assimilabile al concetto di procedimento amministrativo; malgrado, in alcuni casi esso possa anche coincidere, spesso è più ampio e flessibile. Di conseguenza dalla fine del 2016 sono stati oggetto di mappatura anche i processi amministrativi.

Attualmente i dati della mappatura riguardano:

- la denominazione del Dipartimento e della struttura;
- l'area di rischio (la mappatura deve essere condotta per aree di rischio generali ovvero per quelle specifiche, cioè quelle aree peculiari della propria realtà e connesse alla propria tipologia e missione. Queste ultime non sono meno importanti di quelle generali);
- la denominazione del procedimento;
- la descrizione del processo (in cui sono indicate le varie fasi di cui si compone).

I dati devono essere inseriti nella "tabella unica" - parte A. L'identificazione dei processi a rischio avviene, come già ampiamente motivato attraverso gruppi di lavoro composti dal personale della struttura.

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

La seconda fase della gestione è denominata «valutazione del rischio». Consente di «acquisire un elevato numero di informazioni sulla vulnerabilità e permeabilità dell'amministrazione ai componenti corruttivi, sul modo in cui tali comportamenti potrebbero emergere e diffondersi all'interno dell'amministrazione e sulle priorità delle misure di prevenzione da adottare» (pag. 22 Linee Guida «I PTPC nelle amm.ni comunali a cura di ANCI).

La norma prevede le seguenti Sub -fasi della valutazione del rischio:

- Identificazione del rischio: "ha l'obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, o alle fasi dei processi, di pertinenza dell'amministrazione" (da All.to 1 del PNA pag. 26).

La metodologia del PNA indica i seguenti strumenti utili per l'identificazione del rischio corruzione:

- lista esemplificativa di possibili rischi dell'all.to 3 del PNA;
- confronto tra soggetti coinvolti e i responsabili degli uffici (gruppi di lavoro);
- dati tratti da precedenti giudiziari e disciplinari;
- criteri dell'all.to 5 del PNA;

- le risultanze dell'analisi della mappatura dei procedimenti e dei processi;
- procedimenti disciplinari e segnalazioni.

Quest'anno è stato chiesto a tutte le strutture di rivedere i rischi in quanto quelli precedentemente indicati risultavano formali e poco concreti. I rischi devono essere inseriti nella tabella unica del processo della gestione del rischio (e del suo monitoraggio). L'identificazione dei rischi deve essere ragionata; non si configura come adempimento ma come analisi che si realizza attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro interni. Infatti è imprescindibile un forte coinvolgimento dell'intera struttura dell'ente in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione (Agg. PNA 2015, pag. 11). Ogni rischio deve essere contrassegnato da un numero in modo che risulti evidente il collegamento con le misure di prevenzione ad esso associate. I rischi sono inseriti nella "tabella unica" nella cella denominata "descrizione rischi".

- Analisi: consiste nel calcolare il livello di rischio in termini di probabilità, del suo effettivo verificarsi, e di impatto sull'ente. Analizzare il rischio significa, mediante apposita procedura, assegnare un valore numerico ai rischi. Quest'anno è stato deciso di eliminare il calcolo numerico seguendo le indicazioni dell'ANAC. Infatti, dall'esperienza acquisita nel corso di questi primi anni di applicazione e dalle stesse considerazioni dell'ANAC questa attività è risultata troppo formale.
- Ponderazione del rischio: "consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza del trattamento" (PNA 2013 all.to. n. 1 pag. 28). La ponderazione «ha lo scopo di stabilire le priorità di trattamento dei rischi, attraverso il loro confronto [...] La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre alla fase del trattamento il rischio, processi non giudicati particolarmente rischiosi, limitandosi a mantenere attive le misure già esistenti. Tuttavia l'Autorità Anticorruzione consiglia, nel dubbio, di sottoporre al trattamento del rischio il più alto numero dei processi (adottando il criterio della «prudenza»).

g) Il trattamento del rischio

E' questa la fase del processo nella quale sono individuate le misure specifiche (ulteriori) di prevenzioni per ridurre i rischi (descritti nella fase precedente). Si tratta di predisporre i correttivi, le contromisure più idonee a prevenirli.

Si divide in due fasi: l'identificazione e la programmazione delle misure.

Identificazione delle misure

Per evitare che tutto il processo non si riduca ad un mero adempimento le misure individuate in questa fase devono essere concrete; devono essere individuate avendo a mente la situazione e il contesto in cui si opera, le risorse a disposizione e la propria struttura organizzativa. In base ai rischi individuati precedentemente le strutture aziendali coinvolte sono state invitate nel corso del 2017 a ripensare alle misure da adottare in modo che le stesse siano realistiche e concrete. A seguito dell'analisi dei gruppi di lavoro le misure identificate sono state inserite nella "tabella unica" - parte B . Ogni misura è stata contrassegnata da un numero che la collega al rischio che si vuole ridurre. A seconda delle caratteristiche del processo è possibile individuare una sola misura ovvero più misure per ogni singolo rischio.

Programmazione delle misure

Per fare in modo che le misure individuate siano davvero concrete ed efficaci, traducibili in azioni precise e fattibili, devono essere adeguatamente programmate, indicando lo stato, i tempi e le fasi di attuazione delle misure (da inserire nella "tabella unica" – parte B sotto la voce "descrizione della misura").

Parte terza - La trasparenza amministrativa

La promozione della trasparenza e dell'integrità è considerato un obiettivo prioritario dell'Asl3. Essa è intesa come "uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa" (all.to n. 1 PNA, pag. 32).

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 definita dal D.Lgs. n. 33/2013, come già affermato dal D.Lgs. n. 150/2009, come "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art. 1 c. 3 del D.Lgs. n. 33/2013: "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni").

Questa Azienda ha inteso redigere la presente sezione in conformità al D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 ed alla successiva Del. n. 1310/2016 dell'A.N.A.C., avente ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016". A seguito delle suddette modifiche, la trasparenza è inserita nella Parte Terza del presente Piano. Essa comprende, come elementi essenziali:

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

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

L'altro contenuto essenziale della sezione relativa alla trasparenza è costituito da uno schema che individua i vari uffici e i relativi Responsabili a cui compete l'identificazione, l'elaborazione, la trasmissione dei documenti ex D.Lgs. n. 33/2013, che sono pubblicati sulla pagina di "Amministrazione Trasparente, all'interno del sito internet istituzionale. **Nell'allegato n. 1 del presente piano sono stati individuati i soggetti obbligati alla trasmissione dei documenti, a cui pertanto si rinvia.**

b) Organizzazione dei flussi informativi: la pubblicazione informatizzata dei dati

L'attività di pubblicazione è affidata all'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP attraverso la società informatica "Liguria Digitale s.c.p.a." fornitrice della manutenzione del portale aziendale.

L'informatizzazione del flusso dei dati a pubblicità obbligatoria ex D.Lgs. n. 33/2013 è garantita dall'utilizzo dell'applicazione web denominata "Redmine", che si basa su di un sistema di apertura di richieste informatizzato in modo da consentire automaticamente la loro tracciabilità. In questo modo l'ufficio che ha inviato la richiesta è in grado, in ogni momento, di conoscerne lo stato di avanzamento, con la certezza che la pratica verrà correttamente evasa.

A seguito di una richiesta di pubblicazione di dati soggetti a pubblicità obbligatoria l'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP si impegna a pubblicare i file, senza alterarne i contenuti, la grafica e senza modificarne l'estensione, nella sezione del sito web istituzionale denominata "Amministrazione Trasparente", inserendoli nella corretta sotto sezione così come precisata dal richiedente.

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

- la chiarezza nell'esposizione del problema da parte dell'utente;
- l'urgenza e della complessità dell'intervento: se la richiesta riguarda il semplice aggiornamento dei dati essa è evasa nell'arco di poche ore; viceversa se riguarda ad esempio, una modifica strutturale di una sezione di Amministrazione Trasparente, i tempi vengono preventivamente stabiliti dai tecnici, informando l'interessato;
- le priorità dell'intervento (nel caso, ad esempio, sia obbligatorio per legge la pubblicazione di un certo documento entro un determinato periodo di tempo, viene assegnata la precedenza a questo intervento).

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

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 Liguria Digitale vengono comunicati 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 dall'art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 sono stati indicati i soggetti tenuti alla individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente, deputati ad assicurare l'aggiornamento di "Amministrazione Trasparente".

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

Per rafforzare ulteriormente questo rapporto di collaborazione in Asl3 sono stati nominati i Referenti della 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 nell'all.to n. 1 della Del. ANAC n 1310/2016 quelli di propria competenza;
 - inviare, per il tramite dei coordinatori (facilitatori) della trasparenza, la documentazione di cui al punto precedente all'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP – Liguria Digitale, al seguente indirizzo mail: Redazione.Sito@asl3.liguria.it (e per conoscenza al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza all'indirizzo prev.corr@asl3.liguria.it), affinché sia pubblicata sul sito aziendale nella sezione di "Amministrazione Trasparente";
 - nell'invio a redazione.sito@asl3.liguria.it i dirigenti responsabili di struttura devono:

- specificare in quale delle sezioni previste dall'allegato del D.Lgs. n. 33, siano da ricomprendere i dati e gli atti, di propria pertinenza, destinati alla pubblicazione;
- riportare nell'oggetto della mail la dicitura "Amministrazione Trasparente", specificando se si tratta di aggiornamento o di nuovo inserimento e indicando il nome della sotto-sezione in cui inserire/aggiornare la documentazione;
- trasmettere, ai fini della loro pubblicazione sul portale istituzionale dell'Azienda, dati aperti, aggiornati, integri, completi, tempestivi, di semplice consultazione, comprensibili, omogenei, facilmente accessibili, nonché conformi ai documenti originali in possesso dell'amministrazione. Tali caratteristiche sono indicate negli artt. 6 e 7 del D.Lgs. n. 33/2013;
- trasmettere i file per la pubblicazione nel formato definitivo, di dimensioni più leggere possibili, in modo da rendere il download esterno più veloce;
- verificare che la pubblicazione dei dati sia effettivamente avvenuta; in caso contrario contattare via mail la redazione del sito per appurare il problema;
- trasmettere esclusivamente per mail, senza nota di accompagnamento senza trasmettere la documentazione in formato cartaceo, via fax o altra modalità che non sia quella informatica;
- inviare la documentazione obbligatoria al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza solo per conoscenza;
- comunicare al proprio Referente Aziendale di riferimento le attività svolte per ottemperare alla normativa ex D.Lgs. n. 33/2013, il numero di dati pubblicati ed aggiornati.

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

- predisporre adeguate misure organizzative in modo da 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 RPCT. prot. n. 13130 del 27/01/2017 sui dati a pubblicazione obbli-

gatoria 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 D.Lgs. n. 33/2013, che contengono particolari prescrizioni sulla protezione dei dati personali (si veda la Circ. n. 2 del DFP a pag. 7).

Il presente Piano recepisce le disposizioni del D.Lgs. n. 82/2005 art. 68 (Codice dell’amministrazione digitale) sulle caratteristiche dei dati informatici da pubblicare in formato aperto, 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 vengono illustrati 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.per identificare i dati di propria competenza	Inviano i dati in formato aperto		Controllano che i dati siano effettivamente pubblicati. In caso contrario contattano Liguria Digitale		
Liguria Digitale		Publica i dati		Controlla 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 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, trasparenza e P.T.P.C.T.

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, connesso 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 con propri portatori di interesse sui 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 ai 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, 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.

Il collegamento fondamentale, tuttavia, tra la trasparenza e il ciclo della Performance si realizza pienamente prevedendo l'inserimento nel piano della Performance di obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza.

Nel 2017, come già evidenziato, 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. prevedendo 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 stati 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").

Gli obiettivi sono stati diversificati a seconda delle caratteristiche delle varie Strutture e in base alle problematiche e criticità che nel corso degli anni sono state riscontrate. Malgrado siano eterogenei è possibile classificarli per "macro-obiettivi" in modo da delineare le caratteristiche comuni e da evidenziare anche la connessione tra questi e gli obiettivi strategici stabiliti dal Direttore Generale per il triennio 2017 – 2019:

1. **Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento** tra i dipendenti attraverso incontri che prevedano la partecipazione del personale delle strutture aziendali. Predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento;
2. **Frequenziazione corso FAD** sulla L. n. 190/2012 e quello specifico relativo all'area "contratti";
3. **Processo della gestione del rischio:**
 - a. aggiornamento con l'ausilio di gruppi di lavoro: individuazione di rischi e misure concrete;
 - b. prima analisi dei rischi da parte di strutture coinvolte per la prima volta nel processo.
4. **Organizzazione Giornata della Trasparenza:** coinvolgimento di alcuni dirigenti coinvolti nelle aree a rischio.
5. **Adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza:**
 - a. rispetto delle indicazioni e delle tempistiche nella compilazione e consegna della "tabella unica" e del monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento;
 - b. rispetto dell'assetto organizzativo e delle competenze così come delineate nella Parte prima del presente Piano.

6. **Monitoraggio tempi dei procedimenti** (ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012): richiesta di aggiornamento dei dati sui tempi dei procedimenti (a seguito di verifiche su tutte le strutture coinvolte).
7. **Coinvolgimento degli stakeholder** nelle attività di prevenzione (S.S. Servizio Ispettivo e URP): predisposizione campagna informativa e di coinvolgimento dei portatori di interesse aziendali - questionario per verificare la percezione della corruzione e della conoscenza della normativa tra i dipendenti.
8. **Obiettivi di trasparenza:**
 - a. compilazione tabella sulle sezioni di “Amministrazione Trasparente” di competenza delle strutture aziendali;
 - b. aggiornamento e nuovi inserimenti dei procedimenti amministrativi ex art. 35 D.Lgs. n. 33/2013;
 - c. richiesta di inserimento, integrazioni e aggiornamenti di specifici obblighi di trasparenza in base a verifiche a campione.
9. **Rotazione del personale:** richiesta di relazione delle strutture aziendali che nel trattamento del rischio 2016 avevano dichiarato di applicare la rotazione del personale come contrasto della corruzione all’interno dei processi a rischio.

Il raggiungimento o meno degli specifici obiettivi di budget sarà indicato all’interno della Relazione della Performance; quindi a consuntivo l’amministrazione dovrà verificare i risultati organizzativi raggiunti rispetto all’obiettivo programmato con rilevazione degli eventuali scostamenti.

e) *L’accesso civico*

Accesso civico semplice (art. 5 c. 1 D.Lgs. n. 33/2013)

Chiunque ha il diritto di richiedere i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicità obbligatoria qualora non siano presenti all’interno della sezione del sito web istituzionale denominata “Amministrazione Trasparente”.

Le richieste di accesso civico semplice vanno indirizzate al: Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

La richiesta può essere inoltrata per mail a prev.corr@asl3.liguria.it richiedendo la pubblicazione dei dati oppure allegando il modulo Istanza di accesso civico semplice - modulo D (scaricabile dalla sotto sezione “altri contenuti – accesso civico di Amministrazione Trasparente”).

Ulteriori informazione sono reperibili sulla sotto-sezione di “Amministrazione Trasparente”, “Altri contenuti - accesso civico”.

Accesso civico generalizzato (art. 5 c. 2 D.Lgs. n. 33/2013)

Come previsto dall'obiettivo strategico 2017 – 2019 relativo alla promozione dell'accesso civico generalizzato è stata realizzata una sintesi dei contenuti e della procedura dell'accesso civico generalizzato ex art 5 c. 2 D.Lgs. n. 33/2013. Il contributo di seguito indicato sarà pubblicato sul sito internet aziendale a beneficio dei cittadini e dei portatori di interesse.

Finalità

E' il diritto di accedere ai dati e ai documenti in possesso di una Pubblica Amministrazione.

A seguito delle modifiche al D.Lgs. n. 33/2013 apportate dal D.Lgs. n. 97/2016, oltre al diritto di accesso semplice, che prevede il diritto di poter richiedere alla P.A. la pubblicazione di dati o documenti soggetti a pubblicazione obbligatoria, è stata introdotta nel nostro ordinamento una nuova forma di accesso civico ai dati e documenti pubblici, denominata "accesso civico generalizzato", equivalente a quella che nel sistema anglosassone è definita Freedom of Information Act (FOIA), che consente ai cittadini di richiedere anche dati e documenti che le PP.AA. non hanno l'obbligo di pubblicare.

Lo scopo è quello di consentire all'esterno di verificare che la P.A. svolga le funzioni istituzionali e le risorse ad essa assegnate e pertanto, di promuovere la partecipazione esterna all'attività amministrativa.

Principi

- La tutela dell'interesse a conoscere.
- Il criterio del minor aggravio possibile nell'esercizio del diritto.
- I limiti all'adozione di regolamenti interni che possono disciplinare le procedure interne per rendere applicabile il diritto di accesso.

Eccezioni assolute all'accesso

Il comma 3 dell'art. 5 – bis del D.Lgs. n. 33/2013 prevede l'impossibilità di esercitare il diritto di accesso nei casi di "segreto di Stato e negli altri casi di divieti di accesso o divulgazione previsti dalla legge ivi compresi i casi in cui l'accesso è subordinato dalla disciplina vigente al rispetto di specifiche modalità o limiti, inclusi quelli di cui all'art. 24, c. 1, della Legge n. 241 del 1990".

Limiti all'accesso (eccezioni relative e qualificate)

L'accesso è rifiutato per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:

- la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico;
- la sicurezza nazionale;
- la difesa e questioni militari;
- le relazioni internazionali;
- la politica alla stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
- la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- il regolare svolgimento di attività ispettive.

L'accesso è rifiutato per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi privati inerenti:

- alla protezione dei dati personali;
- alla libertà e alla segretezza della corrispondenza;
- agli interessi economici e commerciali di una persona fisica e giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto di autore e i segreti commerciali.

In presenza di tali eccezioni l'amministrazione è tenuta a rifiutare l'accesso o a consentirlo.

Differenze tra il diritto di accesso ai documenti e il diritto di accesso civico

L'accesso civico si distingue dal diritto di accesso documentale (procedimentale) in quanto quest'ultimo prevede che il richiedente sia titolare di un interesse qualificato laddove quello non ammette restrizioni, ad eccezioni delle limitazioni relative al rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3).

Dunque il diritto di accesso si configura come un diritto più "allargato" rispetto al diritto di accesso; per questa ragione, qualora il cittadino non specifichi il titolo giuridico l'amministrazione tratterà la richiesta come accesso generalizzato.

Identificazione oggetto della richiesta

L'istanza ha il solo scopo di identificare i dati e non richiede motivazione. Pertanto tutte le istanze sono accettate qualunque sia la procedura e il contenuto dell'istanza stessa. In considerazione dell'ampio spettro di richieste che possono provenire l'amministrazione dovrebbe contattare per iscritto il cittadino che ha formulato una richiesta troppo vaga (richiesta esplorativa) e generica per definire l'esatto tenore della domanda. In caso di mancata risposta del cittadino la domanda può essere rifiutata.

Identificazione del richiedente

Per quanto la domanda di accesso possa essere inoltrata da chiunque è necessario che l'amministrazione identifichi il soggetto al fine di stabilire con certezza a chi inviare la documentazione che vuole ottenere (per evitare domande generiche e vessatorie).

Modalità invio richiesta

E' ammessa qualsiasi modalità di trasmissione: a mano, per fax e per mail (che è considerata la modalità ordinaria).

La richiesta ha la stessa validità della domanda sottoscritta con firma autografa in presenza del dipendente addetto nel procedimento se:

- è sottoscritta e presentata insieme alla copia del documento di identità per mail;
- è trasmessa dal richiedente dalla propria mail "certificata";
- è sottoscritta con firma digitale;
- il richiedente identificato con SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale vedi <https://www.spid.gov.it> o CNS (Carta Nazionale dei Servizi vedi <http://www.progettocns.it/index.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1>).

Il rispetto dei tempi di decisione

Il procedimento di accesso generalizzato deve concludersi con l'adozione di un provvedimento espresso e motivato, da comunicare al richiedente e agli eventuali controinteressati, nel termine di 30 giorni dalla presentazione della domanda (non di acquisizione del protocollo). E' possibile una sospensione di 10 giorni nel caso di comunicazione della richiesta al controinteressato (art. 5 c. 5 D.Lgs. n. 33/2013).

Uffici competenti a ricevere la domanda

- Ufficio che detiene i dati;
- URP;
- altro ufficio indicato dalla PA.

Il RPCT può ricevere soltanto la domanda di accesso civico semplice (dati, info, documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria). Il RPCT se per errore dovesse ricevere una richiesta di accesso generalizzato deve inviarla tempestivamente all'ufficio interessato.

Indirizzi dedicati

L'amministrazione ha messo a disposizione le seguenti modalità per inoltrare le domande di accesso:

Mail:

- PEC aziendale: protocollo@pec.asl3.liguria.it ;
- mail: segreteria.protocollo@asl3.liguria.it ;

per posta ordinaria;

a mano (consegnando la domanda al protocollo generale aziendale o alle sedi URP aziendali);

per fax al numero: 0108497625 (Protocollo Generale).

Le domande inviate per mail o per fax hanno la stessa validità di quelle sottoscritte con firma apposta in presenza del dipendente addetto se viene indicato il nome del richiedente e allegata una copia del documento di identità dello stesso.

A richiesta del richiedente in caso di consegna a mano (al protocollo generale aziendale o all'URP) verrà rilasciata una ricevuta di avvenuta presentazione dell'istanza e il numero di protocollo assegnato.

Solo per agevolare l'utente sono stati predisposti moduli che tuttavia non sono vincolanti (un modulo per la domanda di accesso generalizzato e uno per la domanda di riesame).

Competenza a decidere sulla domanda

La decisione se accogliere o meno la domanda spetta all'ufficio che detiene i dati/documenti richiesti che dovrebbe coincidere con l'ufficio competente nella materia. Nei casi dubbi si privilegia chi detiene i dati.

Competenza a decidere in sede di riesame

In caso di diniego totale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine è previsto il riesame affidato al RPCT che decide con provvedimento motivato entro 20 giorni. In caso di inerzia per la Asl3 decide il Direttore Amministrativo.

Help Desk

Vanno individuate risorse professionali adeguate e formate. Lo scopo dell'help desk è quello da un lato di una diffusione capillare delle procedure e dell'organizzazione dell'accesso civico, dall'altro di fornire indicazioni operative indicate dall'ANAC e/o dal DFP.

Inosservanza del termine

Qualora l'amministrazione non rispondesse alla richiesta di accesso civico entro i termini stabiliti ciò costituirebbe elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa per danno dell'immagine della PA a carico del dirigente inadempiente.

Il RPCT, in virtù dell'art. 43 cc. 1 – 5) è tenuto a segnalare i casi di inosservanza del termine.

I controinteressati

La P.A. è tenuta a verificare eventuali controinteressati (limitatamente all'accesso civico generalizzato). E' necessario individuare coloro a cui l'accesso potrebbe causare la lesione di uno dei seguenti interessi privati: a) la privacy, b) la libertà e la segretezza della corrispondenza; c) gli interessi economici e commerciali di una persona (c. 2 art. 5 – bis). Quindi non tutti sono controinteressati (anche se nei documenti fossero citati terzi per rientrare nella categoria suddetta) ma solo coloro che ricevono un pregiudizio nei loro interessi privati dalla diffusione di documenti e notizie a seguito dell'accesso civico. I controinteressati, una volta ricevuta la comunicazione della P.A. (per R/A o telematicamente per coloro che vi abbiano consentito) hanno 10 giorni di tempo per la presentazione di una opposizione motivata all'accesso. In caso il controinteressato si opponga all'accesso la P.A. non può assumere come unico fondamento del rifiuto di accesso il mancato consenso del controinteressato. La P.A. deve valutare la probabilità e la serietà del danno agli interessi dei soggetti terzi rispetto alla rilevanza dell'interesse conoscitivo.

In caso la P.A. decida di concedere l'accesso deve comunicarlo all'interessato ma non può trasmettergli subito i dati. Infatti, il controinteressato deve avere il tempo di attivare gli strumenti di tutela previsti contro il provvedimento. Pertanto i dati verranno trasmessi all'interessato non prima di 15 giorni dall'invio della comunicazione di accoglimento.

Risposte parziali

Le PP.AA. rispondono a ciascuna richiesta nella sua interezza. Una risposta parziale che non indichi le ragioni dell'omessa trasmissione di una parte dei dati o documenti richiesti equivale a un diniego parzialmente illegittimo.

Risposte differite e divieto di risposte negative

Il differimento dell'accesso è motivato nel caso in cui questi comporti un pregiudizio concreto ad uno degli interessi pubblici/privati ma che tale pregiudizio sia solo temporaneo. Quindi il differimento non può essere utilizzato per rimediare alla tardiva trattazione della domanda e della conseguente violazione del termine per provvedere.

La P.A. non può rifiutare di trasmettere i dati adducendo che questi siano stati prodotti precedentemente all'introduzione dell'accesso civico: "la portata generale del principio di conoscibilità dei dati o documenti in possesso delle pubbliche amministrazioni non ammette limitazioni temporali".

Allo stesso modo l'accesso civico non può essere negato a causa di supposti danni che provocherebbe alla P.A. o alla professionalità delle persone coinvolte, o per ragioni di opportunità.

Quando si può rifiutare una domanda

Anche una domanda che richieda la visione di un cospicuo numero di dati e/o informazioni deve essere accolta. Una richiesta di questo tipo può considerarsi irragionevole solo quando comporti un carico di lavoro tale da interferire con il buon funzionamento dell'amministrazione, e deve essere opportunamente motivato. Per essere considerata irragionevole la domanda deve comportare:

- attività di elaborazione per l'oscuramento dei dati;
- consistenti risorse interne necessarie per soddisfare la richiesta;
- la rilevanza dell'interesse conoscitivo.

Anche in tali circostanze prima di negare la richiesta bisogna contattare l'utente chiedendo di riformulare la richiesta in modo da renderla ragionevole.

Qualora il soggetto rivolga più richieste in un periodo di tempo ravvicinato la PA potrebbe valutare l'impatto cumulativo che ne deriverebbe sul buon andamento della sua azione.

Dialogo cooperativo

La P.A. dovrebbe comunicare al richiedente il protocollo e il termine entro il quale è tenuta a rispondere. E' altresì tenuta a contattare il richiedente per chiedere di identificarsi nel caso non lo avesse già fatto, chiedere eventuali chiarimenti, confermare che l'invio dei dati avverrà in formato digitale, indicare eventuali costi di riproduzione (art. 5 c. 4 D.L.gs. n. 33/2013).

Il registro degli accessi

Il registro dovrà contenere l'elenco delle richieste e il relativo esito, dovrà semplificare la gestione delle richieste di accesso, agevolare i cittadini nella consultazione delle stesse, monitorarne l'andamento e la loro trattazione.

La Asl3 ha previsto l'attivazione di due tipi di registro:

- il Registro degli accessi (atti, civico e generalizzato);

- il Registro degli accessi alla documentazione sanitaria.

Nelle more della loro attivazione è stata predisposta una tabella in cui sono riportati i dati salienti degli accessi relativi al 2017 che sarà pubblicata sul sito a breve.

Per ulteriori informazioni si fa presente che con Deliberazione n. 291 del 21/06/2017 è stato adottato il Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico ai documenti , informazioni e dati detenuti dall'Asl3.

f) Iniziative di comunicazione con i portatori di interesse nel 2017

La Giornata della Trasparenza

La Giornata della Trasparenza nasce con il D.Lgs. n. 150/2009 ed è finalizzata alla presentazione del Piano e della Relazione sulla Performance, alle associazioni di consumatori (portatori di interesse) e agli utenti.

Successivamente, le finalità della Giornata della Trasparenza vengono estese, come indicato dalla Delibera CIVIT n. 105/2010, alle informazioni sul Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, in considerazione della profonda connessione tra la disciplina della trasparenza e quella della performance.

Inoltre, la pubblicazione di determinate informazioni dell'amministrazione pone il cittadino nelle condizioni di esercitare un "controllo sociale" sull'operato dell'amministrazione. La trasparenza, pertanto è uno strumento di prevenzione della corruzione.

Con l'introduzione della L. n. 190/2012 la prevenzione della corruzione è diventata un obiettivo primario per tutte le amministrazioni e la Giornata della Trasparenza è l'occasione per illustrare alla cittadinanza le attività e le azioni messe in campo per rendere più integro l'ambiente di lavoro e la propria organizzazione pubblica.

La Giornata della Trasparenza è dunque un'occasione per illustrare le iniziative di prevenzione della corruzione e della trasparenza e le attività finalizzate al soddisfacimento della domanda di salute e al miglioramento delle qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari. La manifestazione prevede il diretto coinvolgimento dei cittadini, degli assistiti e di tutti i portatori di interesse, per la condivisione e la partecipazione agli obiettivi aziendali.

La giornata della trasparenza del 2017 dell'Asl3

In ottemperanza alla normativa, nell'ambito della Giornata della Trasparenza 2017, svoltasi il 12 ottobre 2017, si è dato conto, da un lato, del ciclo della Performance in Azienda a cura del Direttore del CCD: "Il Piano della Performance: risultati raggiunti e obiettivi futuri"; dall'altro sono state illustrate le attività e le iniziative di prevenzione della corruzione e di trasparenza adottate in azienda per l'anno 2017, sulla base di quanto previsto nel P.T.P.C.T 2017 – 2019, con l'intervento del RPCT: "il P.T.P.C.T. parte dagli obiettivi strategici".

In collegamento con questo tema generale sono state presentate le iniziative di due aree delicate dal punto di vista del "rischio corruzione" come il settore delle forniture: "Trasparenza e comunicazione nel nuovo codice degli appalti" e l'area degli anziani, con il contributo del dirigente responsabile: "Essere anziani in Asl3: servizi, opportunità, criticità".

Oltre ad illustrare i temi previsti dalla normativa in questa giornata sono state rappresentate le iniziative intraprese per stabilire proficui contatti con i propri utenti e gli "stakeholder", nella consapevolezza che la conoscenza del proprio operato non può limitarsi alla pubblicazione dei dati e/o di tabelle on line, ma necessita di un contatto diretto con la comunità, anche per ascoltare i problemi e le esigenze concrete.

In questa ottica la giornata, nella quale si sono inseriti gli interventi del Responsabile della Comunicazione URP (La comunicazione a misura di cittadino) e del presidente del CUG (Comitato Unico di garanzia: "Da adempimento a opportunità", è stata anche un'occasione per far conoscere attività già avviate e che meritano di essere maggiormente diffuse in ambito di dipendenze: "L'automutuoaiuto nelle dipendenze....risorsa a Km 0!!!!".

Questa giornata oltre a significare alla cittadinanza il percorso fin qui compiuto in ordine all'adeguamento agli adempimenti previsti dalla normativa anticorruzione e della trasparenza nonché le attività in tema di promozione della salute, si è posta l'obiettivo di consentire una più concreta partecipazione degli utenti ai programmi dell'ente, per ricevere riscontri, pareri e anche critiche, in modo che l'evento, oggi in programma, si trasformi in una possibilità di crescita ulteriore per l'Azienda.

Lo scopo fondamentale della Giornata della Trasparenza è quello di creare un dialogo con l'esterno per creare un rapporto di fiducia che possa portare ad evidenziare disservizi e a situazioni di cattiva amministrazione che altrimenti potrebbero non emergere; per questo l'ultimo intervento è stato riservato al coordinatore del Comitato Misto Consultivo che ha significato il ruolo fondamentale delle associazioni a supporto delle attività dell'Azienda.

Incontri con i portatori di interesse del Comitato Misto Consultivo

Con lo scopo di stabilire un rapporto più stretto e imbastire un dialogo volto a favorire una collaborazione concreta con i portatori di interesse dell'Azienda il RPCT ha partecipato a due incontri del Comitato Misto Consultivo: il 01/06/2017 e il 14/12/2017.

In estrema sintesi nel primo incontro il RPCT ha brevemente illustrato le norme relative alla prevenzione e alla trasparenza. Successivamente ha richiesto in merito alla sezione "Amministrazione Trasparente" l'utilità che la stessa può rappresentare per gli interessi degli assistiti e dei pazienti che rappresentano, chiedendo anche una loro opinione sul livello di accessibilità, di chiarezza e di aggiornamento dei dati pubblicati. In particolare sono state messe in evidenza le informazioni che potrebbero risultare utili all'assistito come l'organigramma aziendale, con gli indirizzi e i riferimenti telefonici delle strutture e la sezione relativa alle liste di attesa.

Nel secondo incontro sono state raccolte le osservazioni e alcune richieste in relazione soprattutto alle liste di attesa. E' proposito dell'Azienda quello di proseguire anche nel 2018 il dialogo con il CMC al fine di rafforzare il supporto e il collegamento con gli stakeholder per rendere più concrete le politiche di prevenzione e trasparenza in Asl3.

Ai fini dell'aggiornamento del presente Piano in data 15/01/2018 tutti i membri del CMC sono stati invitati a fornire osservazioni e proposte da tenere in considerazione ai fini dell'adozione finale dell'elaborazione del documento.

g) Principali attività di verifica svolte nel corso del 2017

Le principali attività di controllo dei dati ex D.Lgs. n. 33/2013 hanno riguardato:

- la verifica e la sistematizzazione della sotto sezione relativa agli obblighi di cui all'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013 anche a seguito di quanto disposto dalla Del. ANAC n. 382/2017: per approfondimenti si rinvia alle note prot. n. 53678 dell'11/04/2017 e 55359 del 14/04/2017;
- la verifica dei dati dei consulenti di cui all'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013 delle strutture tenute alle relative trasmissioni: attraverso comunicazioni informali, via mail e con nota prot n. 55075818 dell'11/08/2017. In particolare è stato richiesto a tutte le strutture obbligate di inserire sul software appositamente predisposto tutte le informazioni obbligatorie relative alle consulenze affidate a partire dal 1 gennaio 2017 avendo cura di caricare, oltre agli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico di collaborazione o consulenza, alla motivazione dell'incarico e all'ammontare erogato, anche la documentazione già precisata con nota ID n. 48007364 dell'08/07/2016, ovvero il Curriculum Vitae di tutti i professionisti a cui è stato conferito l'incarico,

l'attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse e la dichiarazione ex art. 15 c. 1 lett. c) D.Lgs. n. 33/2013. Da una verifica compiuta in collaborazione le stesse strutture e con Liguria Digitale risulta che tutti i dati dei consulenti siano stati pubblicati da parte di tutti gli uffici che hanno affidato incarichi.

Altri controlli

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

- Performance
- Bilanci
- Beni immobili e gestione del patrimonio
- Controlli e rilievi sull'amministrazione
- Servizi erogati
- Pagamenti dell'amministrazione

Infine si segnala di avere verificato con particolare cura l'aggiornamento dei dati pubblicati nella sotto - sezione relativa al monitoraggio dei tempi dei procedimenti, sollecitando gli uffici inadempienti a provvedere con sollecitudine.

Parte Quarta - Le misure "generali"

a) Formazione in tema di anticorruzione

L'attività formativa nel quadriennio 2013 – 2016 si è divisa in lezioni in aula e in corsi da frequentare a distanza, come illustrato nei precedenti P.T.P.C.T. a cui si rinvia.

Attività formativa svolta nel 2017

Si è data continuità all'attività formativa attraverso l'attivazione di nuovi corsi FAD, di incontri mirati a singoli Dipartimenti/Strutture con il coinvolgimento dei gruppi di lavoro e di incontri formativi sul Codice di Comportamento aziendale curati dai singoli dirigenti di struttura

a) Nuovi corsi FAD

- Corso rivolto alle aree a rischio (ad esclusione dell'area "contratti pubblici")

L'attività di formazione è stata rivolta a tutti i dipendenti rientranti nelle aree a rischio (ad esclusione di quella relativa ai "contratti pubblici" per la quale è stato avviato un percorso formativo a parte). Ma, in particolare è stato rivolto ai dipendenti che ricoprono un ruolo attivo nella identificazione dei rischi e nella definizione e implementazione delle misure di prevenzione (referenti della prevenzione, coordinatori – facilitatori).

Il corso è stato elaborato tenendo presenti le numerose novità normative intervenute a cominciare dal D.Lgs. n. 97/2016, che ha introdotto tra l'altro il nuovo accesso civico ai dati ed ai documenti pubblici equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita Freedom of Information Act" (FOIA). Inoltre, si è tenuto conto della modifiche organizzative che hanno riguardato le responsabilità ed i poteri dei soggetti interni a cominciare dal Responsabile della Prevenzione e dal Responsabile della Trasparenza le cui figure sono state unificate assumendo la denominazione di Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza (RPCT), della confluenza del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.) all'interno del Piano anticorruzione (P.T.P.C.T.) e dell'analisi dei rischi di nuovi processi nell'ambito sanitario come risulta dal PNA 2016 adottato dall'Autorità Anticorruzione (ANAC) con Del. n. 831 del 03/08/2016.

Il corso è stato articolato in un unico modulo diviso nei seguenti capitoli:

1. La corruzione in Italia
2. La Legge n. 190/2012 ed il PNA
3. Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
4. La gestione del rischio
5. Le misure obbligatorie
6. Principali soggetti coinvolti

Il corso ha avuto l'obiettivo di informare i dipendenti di questa Asl3 sul sistema delle politiche, dei programmi e degli strumenti utilizzati per affrontare il complesso tema della corruzione all'interno della pubblica amministrazione.

- Corso rivolto all'area a rischio "contratti pubblici"

Il corso è stato reso obbligatorio per quei dipendenti che operano nell'area a rischio "contratti pubblici", scelti dai singoli dirigenti.

Il corso si divide in due moduli: il primo a carattere generale coincide con il modulo del corso generale (rivolto alle aree a rischio); il secondo riguarda un approfondimento dei rischi e delle misure di prevenzioni specifiche da adottare nell'ambito dell'area "contratti pubblici". Questo secondo modulo è stato predisposto da A.Li.Sa..

Dipendenti coinvolti

I corsi erano obbligatori per i dipendenti rientranti nelle aree a rischio, identificati dai propri dirigenti. Per tutti gli altri dipendenti la frequentazione è stata resa facoltativa.

Di seguito si riportano il numero dei destinatari e il numero dei dipendenti che lo hanno effettivamente concluso (inclusi i dipendenti che lo hanno effettuato a livello facoltativo).

DESTINATARI CORSO FAD Aree a rischio/ aree a rischio contratti pubblici	N. Destinatari	Numero destinatari che hanno terminato il corso
Dipartimento Giuridico	105	104
S.C. Legale	4	4
S.C. O.S.R.U.	7	7
S.C. Servizio Amministrazione del Personale	57	56
S.C. Affari Generali	19	19
S.C. Aggiornamento e Formazione	18	18
Dipartimento di Prevenzione	152	158
S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	11	21
S.C. Igiene degli Alimenti di origine animale	9	9
S.C. Sanità Animale	19	18
S.C. P.S.A.L.	39	36
S.C. Igiene e Sanità Pubblica	27	32
S.C. Medicina Legale	41	35
S.S.D. Direzione Amministrativa Dip. di Prevenzione	6	7
Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (scad.za 28/02/2018)	479	152

Dipartimento Tecnico	77	40
S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio Energetico	44	27
S.C. Riqualificazione Edilizia	5	4
S.C. Sistemi Informativi Aziendali	19	1
S.S.D. Patrimonio Immobiliare	4	4
S.S.D. Ingegneria Clinica	5	4

Dipartimento Economico - Gestionale	187	144
S.C. C.C.D.	6	6
S.C. Bilancio e Contabilità	26	26
S.S.D. Economato e Logistica	120	87
S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	31	24
S.S.D. Telecomunicazioni	4	1

Dipartimento Attività Farmaceutiche	57	44
S.C. Farmacia Ospedaliera	28	28
S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata	29	16

Distretto 8	56	61
Distretto 9	44	39
Distretto 10	19	38
Distretto 11	18	18
Distretto 12	24	19
Distretto 13	27	42
Segreterie Direzionali	7	7
S.C. Assistenza Consultoriale	192	151
S.C. Cure Primarie (Scad.za 28/02/2018)	27	7

- b) Incontri mirati a singoli Dipartimenti/Strutture con il coinvolgimento dei gruppi di lavoro

Si sono svolti incontri con alcune nuove strutture aziendali non ancora coinvolte nelle aree a rischio quali:

TIPOLOGIA DI INCONTRO	STRUTTURA INTERESSATA	DATA
Incontro formativo in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione	S.S.D. Popolazione a Rischio	17/05/2017
Primo incontro informativo sulla gestione del rischio	S.S. Rifiuti Sanitari	26/09/2017
Incontro sulla gestione del rischio	Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze	30/11/2017
incontro sulla gestione del rischio	S.S. Servizio Ispettivo	24/11/2017
Incontro formativo in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione: il monitoraggio	S.C. Farmacia Ospedaliera	18/05/2017
Primo incontro informativo sulla gestione del rischio	S.C. Direzione Amministrativa POU	29/05/2017
Primo incontro informativo sulla gestione del rischio	S.S.D. Coordinamento Attività Geriatriche	03/10/2017

Incontri con le strutture aziendali che già rientravano nelle aree a rischio, nello specifico:

TIPOLOGIA DI INCONTRO	STRUTTURA INTERESSATA	DATA
Incontro formativo sulla trasparenza e sulla revisione della gestione del rischio	Dipartimento di prevenzione - SS.CC Igiene e Sanita' Pubblica - Igiene degli alimenti e nutrizione	29/03/2017
Incontro gruppo di lavoro per la revisione del rischio su processi comuni	SS.CS Servizio Amministrazione del Personale – Aggiornamento e Formazione	19/05/2017
Incontro su chiarimenti applicazione adempimenti	Dipartimento Tecnico	04/12/2017
Incontro su applicazione adempimenti normativa anticorruzione e trasparenza	Dipartimento Tecnico	26/09/2017
Incontro su applicazione adempimenti normativa anticorruzione e trasparenza	Dipartimento Tecnico	14/09/2017
Incontro su adempimenti normativa anticorruzione	S.C. Cure Primarie	13/10/2017
Incontro formativo L. 190/2012	S.C. Bilancio e Contabilità	18/10/2012
Incontro di chiarimento sul monitoraggio del trattamento del rischio	DD.SS. 11- 12	13/10/2017
Primo incontro informativo sulla gestione del rischio	S.C. Assistenza Consultoriale	10/11/2017
Incontro su gestione del rischio e monitoraggio del rispetto del P.T.P.C.T. e dei Codici di Comportamento	S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture	13/11/2017
Incontri di chiarimento sulla gestione del rischio, sul monitoraggio complessivo e sui Codici di Comportamento	DD SS 8 - 9 - 10 - 13	18/09/2017 e 28/09/2017
Incontro di chiarimento su applicazione adempimenti normativa anticorruzione e trasparenza	Dipartimento Attività Farmaceutiche	18/09/2017
Incontro formativo in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione: il monitoraggio	Dipartimento Attività Farmaceutiche	11/09/2017

c) Formazione interna agli uffici - Incontri di divulgazione delle norme del Codice di Comportamento aziendale

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.

Nello specifico i dirigenti avevano il compito di accertarsi della conoscenza dei Codici tra i propri dipendenti attraverso incontri formativi/illustrativi e di predisporre un verbale sottoscritto dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione). Quest'ultimo ha trasmesso i verbali, sottoscritti, al RPCT.

L'attività formativa ha riguardato le seguenti strutture:

- Il Dipartimento della Salute Mentale
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento Giuridico
- Dipartimento Farmaceutico
- Le SS.CC. Bilancio e Contabilità, Programmazione e Gestione delle Forniture, S.C. C.C.D. e S.S.D. Economato e Logistica
- Tutti i Distretti Sanitari

d) Necessità di proseguire nella divulgazione della conoscenza della normativa anticorruzione

Per accertare del grado di conoscenza della normativa anticorruzione, durante le attività ispettive, condotte dalla S.S. Servizio Ispettivo e attività extra istituzionali, è stato consegnato un questionario anonimo a tutti i dipendenti sottoposti a verifica, nel quale, tra l'altro, veniva chiesto di dichiarare il proprio grado di conoscenza della normativa e sull'utilizzo e sull'applicazione dei Piani e della sezione della Trasparenza del sito Asl. Dalle risposte di un campione di circa 400 persone è emerso che la maggioranza di queste risulta essere a conoscenza dell'esistenza della L. n. 190/2012 e s.m.i. Tuttavia in base alle risposte è emerso che una significativa percentuale degli intervistati non ha mai visionato anche in parte il Piano Anticorruzione della Asl3 né consultato i dati presenti su Amministrazione Trasparente, ignorando l'esistenza dell'istituto dell'accesso civico. Ne consegue la necessità di allargare il percorso formativo utilizzando anche strumenti diversi dal corso FAD, prevedendo appositi corsi in aula per divulgare più estensivamente la conoscenza di queste tematiche.

In base ai risultati del sondaggio si evince che anche coloro i quali, al momento, si trovano a lavorare in contesti non giudicati a rischio, devono acquisire le conoscenze di base della materia in quanto la lotta alla corruzione, alla cattiva amministrazione ed allo spreco delle risorse pubbliche deve essere condotta da tutti e tutti, all'interno dell'ente, sono chiamati a rispettare i piani ed i programmi strategici predisposti ed adottati per la tutela della legalità. L'obiettivo, dunque, è quello di fornire un quadro delle politiche di prevenzione con lo scopo di sensibilizzare tutti i colleghi su questi temi, in considerazione dell'importanza che il problema della corruzione continua a rivestire nel nostro paese.

b) Codici di Comportamento

I Codici di condotta sono probabilmente gli strumenti più noti «dell'integrity management», volti a tracciare il contesto entro cui i dipendenti sono tenuti a svolgere i loro doveri, arrivando a definire in modo chiaro i comportamenti inaccettabili.

Offrono ai dipendenti alcune regole di comportamento che vanno al di là del rispetto della legge, collocandosi in quelle zone grigie che separano i comportamenti sicuramente leciti da quelli gravemente sanzionati. La legge nel riscrivere l'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001, chiarisce la natura dei codici quale fonte che individua doveri di comportamento giuridicamente rilevanti, quindi sanzionabili in termini di responsabilità disciplinare, civile, amministrativa e contabile. Inoltre le violazioni grave e reiterate del codice comportano l'applicazione del licenziamento. Il Piano nazionale Anticorruzione (PNA) li considera una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in essi contenute «regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tale via, indirizzano l'azione amministrativa». (da Corso FAD interno "La prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa).

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.

Nel P.T.P.C.T. 2017 – 2019 era stato previsto di aggiornare il Codice entro l'anno 2017, obiettivo che si ritiene di raggiungere nel primo semestre del 2018, con alcuni mesi di ritardo rispetto agli impegni previsti. L'aggiornamento sta osservando le seguenti direttrici:

- 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 P.T.P.C.T.);
- 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) indicare precise sanzioni in relazione alle violazioni dei singoli obblighi contenuti sul codice in modo da rendere lo strumento più pratico e concreto.

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

c) 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. 190/2012 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 D.P.R. n. 62/2013.

Secondo quanto previsto dall'art. 6 c. 1, 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. Secondo quanto disposto dall'art. 6 c. 2 il dipendente deve astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto,

anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.

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

Per le procedure interne di attuazione della suddetta misura si rinvia a quanto previsto nel Codice di Comportamento interno aziendale.

d) 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 lo svolgimento di incarichi privati (extraistituzionali) degli stessi dipendenti, che potrebbero entrare in conflitto con la propria attività di pubblici dipendenti.

Per questa ragione la L. 190/2012 ha modificato l'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 imponendo l'obbligo a tutti i dipendenti di una preventiva autorizzazione della propria amministrazione per l'espletamento di attività lavorative retribuite.

Questa Azienda, in attuazione delle disposizioni del succitato art. 53, ha predisposto un apposito regolamento, adottato con Del. n. 50 del 28/01/2013, nel quale sono contenuti i principi ed i criteri sulla disciplina delle autorizzazioni agli incarichi extra-istituzionali. Con la Del. n. 80 del 14/02/2014 il succitato regolamento è stato integrato e modificato.

I contenuti del Regolamento sono stati recepiti anche nel Codice di Comportamento Aziendale.

Al fine di monitorare efficacemente l'applicazione di questa misura obbligatoria e per venire incontro alle richieste dell'Autorità Anticorruzione, l'ufficio del Personale competente al rilascio delle autorizzazioni compila la parte del Questionario sul rispetto del P.T.P.C.T. relativa ai dati di cui all'art. 53, da cui si evincono le seguenti informazioni:

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

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

Come dettagliatamente rappresentato nei precedenti P.T.P.C.T. con Del. ANAC n. 149 del 22/12/2014 è stato ridefinito il perimetro di applicabilità della misura di prevenzione "generale" di cui agli artt. 5, 8, 10 e 14 del D.Lgs. n. 39/2013 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli enti provati in controllo pubblico" negli enti sanitari, restringendolo al Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario. Pertanto gli obblighi previsti, che in precedenza questa Asl aveva esteso a tutti i dirigenti rimangono in vigore esclusivamente per le figure di vertice.

f) La 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. In oggi la rotazione del personale ha trovato applicazione come misura specifica in diverse attività sottoposte ad analisi del rischio (aggiornamento del 2017):

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PROCEDIMENTO/PROCESSO
<i>DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI</i>	<i>S.C. Distretto 11 - Centro</i>	<i>Autorizzazione trasporti in ambulanza pazienti non deambulanti</i>
<i>DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI</i>	<i>S.C. Distretto 9 - Medio Ponente</i>	<i>Assistenza Sanitaria all'Estero per prestazioni di Altissima Specializzazione</i>
<i>DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI</i>	<i>S.C. Distretto 8 - Ponente</i>	<i>Assistenza Sanitaria all'Estero per prestazioni di Altissima Specializzazione</i>
<i>DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI</i>	<i>S.C. Distretto 12 - Valbisagnone - Val Trebbia</i>	<i>Assistenza Sanitaria all'Estero per prestazioni di Altissima Specializzazione</i>
<i>DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI</i>	<i>S.C. Distretto 11 - Centro</i>	<i>Assistenza Sanitaria all'Estero per prestazioni di Altissima Specializzazione</i>
<i>DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI</i>	<i>S.C. Distretto 10 - Valpolvera e Valle Scrivia</i>	<i>Assistenza Sanitaria all'Estero per prestazioni di Altissima Specializzazione</i>
<i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</i>	<i>S.C. Igiene degli alimenti e della nutrizione</i>	<i>Riconoscimenti CE attività</i>
<i>DIPARTIMENTO ECONOMICO - GESTIONALE</i>	<i>S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti</i>	<i>Affidamento ex art. 7.1. del Regolamento Aziendale per gli affidamenti sotto soglia</i>
<i>DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI</i>	<i>S.C. Distretto 9 - Medio Ponente</i>	<i>Autorizzazione trasporti in ambulanza pazienti non deambulanti</i>
<i>DIPARTIMENTO GIURIDICO</i>	<i>S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane</i>	<i>Conferimenti incarichi di Coordinamento</i>

<i>DIPARTIMENTO GIURIDICO</i>	<i>S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane</i>	<i>Procedura Selettiva interna per Il Conferimento di Posizioni Organizzative</i>
<i>DIPARTIMENTO ATTIVITA' FARMACEUTICHE</i>	<i>S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata</i>	<i>Vigilanza sui Grossisti</i>
<i>DIPARTIMENTO ATTIVITA' FARMACEUTICHE</i>	<i>S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata</i>	<i>Ispezioni alle Farmacie</i>
<i>DIPARTIMENTO ATTIVITA' FARMACEUTICHE</i>	<i>S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata</i>	<i>Istruttoria per applicazione art. 1 L. 425/1996</i>
<i>DIPARTIMENTO ATTIVITA' FARMACEUTICHE</i>	<i>S.S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata</i>	<i>Ispezioni alle Parafarmacie</i>
<i>DIPARTIMENTO ATTIVITA' FARMACEUTICHE</i>	<i>S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata</i>	<i>Controllo contabile</i>
	<i>S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico - S.S. Direzione Medica Ospedaliera Ospedale La Colletta e Gallino - Ospedale Villa Scasi - Ospedale Micone</i>	<i>Denuncia di decesso in ambito ospedaliero</i>
<i>DIPARTIMENTO TECNICO</i>	<i>S.C. Ingegneria clinica</i>	<i>Gestione acquisti</i>
<i>DIPARTIMENTO ATTIVITA' FARMACEUTICHE</i>	<i>S.C. Farmacia Ospedaliera</i>	<i>Determinazione fabbisogni del materiale farmaceutico per gare centralizzate</i>
<i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</i>	<i>S.C. Igiene Alimenti di origine Animale</i>	<i>Riconoscimenti CE degli stabilimenti per la produzione, lavorazione, trasformazione e commercializzazione di alimenti di origine animale</i>
<i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</i>	<i>S.C. Igiene Alimenti di origine Animale</i>	<i>Istanze di Variazione del Riconoscimento CE degli stabilimenti per la produzione, lavorazione, trasformazione e commercializzazione di alimenti di origine animale che COMPORTANO aggiunte o sostituzioni della tipologia produttiva</i>
<i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</i>	<i>S.C. Igiene Alimenti di origine Animale</i>	<i>Controllo ufficiale (Ispezioni Campionamenti Audit)</i>

<i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</i>	<i>S.C. Igiene Alimenti di origine Animale</i>	<i>Sanzione amministrativa</i>
<i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</i>	<i>S.C. Igiene Alimenti di origine Animale</i>	<i>Allerta</i>
<i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</i>	<i>S.C. Igiene Alimenti di origine Animale</i>	<i>Controllo prodotti di origine animale oggetto di scambi intra-comunitari su richiesta UVAC (Ufficio Veterinario Adempimenti CE) del Ministero della Salute</i>
<i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</i>	<i>S.C. Igiene Alimenti di origine Animale</i>	<i>Rilascio certificazioni per l'esportazione di alimenti di origine animale verso paesi terzi</i>
<i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</i>	<i>S.C. Igiene Alimenti di origine Animale</i>	<i>Rilascio di attestazione di non idoneità al consumo umano di alimenti di origine animale</i>

g) Revolving doors o pantouflage

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

Il primo (revolving door "preventivo") è ravvisabile all'art. 4 del D.Lgs. n. 39/2013, il quale vieta a coloro, che nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato o finanziati dall'amministrazione o dall'ente pubblico che conferisce l'incarico ovvero abbiano svolto in proprio attività professionali, se queste sono regolate, finanziate o comunque retribuite dall'amministrazione o ente che conferisce l'incarico, il conferimento di incarichi dirigenziali. Esso trova applicazione nei confronti dei direttori di vertice, per le cui motivazioni si rimanda alla lettera e) della Parte Quarta.

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

Il secondo (revolving door "successivo") si può rintracciare nel comma 16-ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 innovato dalla L. n. 190/2012:

16-ter. I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività

della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

Il controllo del rispetto è stato concretizzato prevedendo:

- inserimento nei contratti di conferimento degli incarichi dirigenziali della clausola che prevede 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 dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali dovesse emergere 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.

h) Whistleblower (Sentinella Civica)

E' definito whistleblower il dipendente pubblico, o il soggetto che a qualunque titolo collabora con la P.A., che denuncia atti illeciti di cui sia venuto a conoscenza all'interno dell'ente.

La formulazione originaria dell'art. 54 – bis del D.Lgs. n. 165/2001 (introdotto dal c. 51 dell'art. 1 della L. n. 190/2012), prevedeva che il dipendente (c.d. whistleblower) poteva segnalare oltre che alla Corte dei Conti, all'autorità giudiziaria e all'ANAC, anche al proprio Responsabile di Struttura eventuali condotte illecite imputabili al personale dell'ente pubblico.

La recente L. n. 179/2017, tenuto conto delle indicazioni della Del. ANAC n. 6 del 28/04/2015, ha modificato il destinatario interno della segnalazione: a partire dal 29/12/2017, infatti, tutte le segnalazioni di eventuali situazioni di illecito dovranno pervenire direttamente al RPCT. La ragione di questa modifica è motivata dal tentativo di garantire in modo più stringente la tutela della riservatezza dell'identità del segnalante.

Pertanto, nelle more di nuove linee guida specifiche da parte dell'ANAC, le procedure predisposte per dare attuazione alla misura in Asl3 (una atta a favorire la segnalazione di illeciti da parte di qualunque dipendente che venisse a conoscenza di fatti o situazioni illeciti, la seconda per tutelare il segnalante da eventuali ritorsioni a seguito della sua denuncia) sono state modificate come di seguito riportato:

1) Compilazione da parte del whistleblower di un modulo, scaricabile su “Amministrazione Trasparente” che dovrà essere trasmesso direttamente al RPCT (a mano o via mail a prev.corr):

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 utilizzando l'apposito modulo, predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica” e pubblicato sul sito aziendale, sezione “Amministrazione Trasparente” sotto – sezione “Dati Ulteriori”.

2) Il modulo dovrà essere inviato via mail al RPCT all'indirizzo: prev.corr@asl3.liguria.it;

3) Una volta ricevuto il modulo della denuncia il RPCT, con il supporto della S.S. Servizio Ispettivo:

- 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) secreteerà i dati identificativi del segnalante per tutta la durata dell'istruttoria del procedimento e in ogni contesto successivo alla segnalazione;
- d) tutelerà il denunciante la cui identità fosse emersa, da eventuali misure o atteggiamenti discriminatori messi in atto nei suoi confronti, da parte di colleghi o Dirigenti secondo le indicazioni fornite dal c. 5 art. 1 della L. n. 179/2017.

Nell'ambito dell'eventuale procedimento disciplinare a carico dell'accusa, l'identità del segnalante non può essere rivelata ove la contestazione sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa.

Qualora la contestazione sia fondata in tutto o in parte sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile solo in presenza del consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità. 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 dall'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.

- 4) **Nel caso di discriminazioni subite** in seguito ad una segnalazione di illecito, il dipendente oggetto di discriminazione, è invitato ad informare quanto prima il RPCT, 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 protocollo di cui al seguente punto 5).
- 5) **Il Dirigente che riceve dal Responsabile della Prevenzione la notifica** che un suo dipendente ha denunciato di essere sottoposto ad atti discriminatori per aver segnalato un fatto illecito, deve valutare tempestivamente l'opportunità e/o 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 ovvero 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;
 - 2) 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;
 - 3) 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.

- 4) 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.

i) 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

Con riferimento a quanto disposto dall'art. 35 – bis del D.Lgs. n. 165/2001 "Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici":

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.*

Gli uffici competenti devono procedere sempre alle verifiche di cui sopra mediante accertamento d'ufficio o mediante autocertificazione degli interessati.

Parte Quinta - Esiti del monitoraggio 2017 relativo alla prevenzione della corruzione e della trasparenza

Nell'anno 2017 il monitoraggio ha riguardato, oltre ai controlli sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti e delle verifiche a campione dei dati delle sotto - sezioni di Amministrazione Trasparente (vedasi la Parte Terza, lett. g) "Principali attività di verifica svolte nel 2017" le seguenti attività:

- 1) monitoraggio sul trattamento del rischio;
- 2) monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T., dei Codici e della sezione relativa alla trasparenza;
- 3) controllo sui procedimenti disciplinari.

a) Monitoraggio sul trattamento del rischio

Il processo della gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio.

Nello specifico il monitoraggio mira a verificare l'effettiva attuazione delle misure, la tipologia di misure adottate - specificando se si tratta di una nuova misura o di una misura già esistente - le criticità riscontrate, il grado di incidenza delle misure sulla neutralizzazione dei rischi, allo scopo di comprendere il livello qualitativo di analisi condotto dai vari uffici nell'ambito della gestione del rischio e di identificare le strutture e i processi su cui dovrà essere rivolta una più accurata attività di analisi in futuro.

Come dispone il PNA, nel P.T.P.C.T. sono riportati i risultati del monitoraggio effettuato rispetto alle misure previste. Vengono effettuate verifiche sull'applicazione delle misure.

Nel 2017, ai fini dell'aggiornamento del P.T.P.C.T. 2018 - 2020, è stata realizzata una nuova scheda, per il monitoraggio, più dettagliata e specifica.

La scheda (foglio 1) si compone di tre parti:

- 1) Dati riassuntivi del processo
- 2) Dati relativi alle misure di prevenzione
- 3) Dichiarazione Responsabile della Struttura

1) **Dati riassuntivi del processo**

I dati di sintesi del processo sono: la denominazione e la descrizione del processo/procedimento sottoposto ad analisi, il livello del rischio ed i rischi di corruzione individuati. Ogni rischio viene contrassegnato da un numero in modo che risulti evidente il collegamento con le misure di prevenzione ad esso associate.

2) **Dati relativi alle misure di prevenzione**

In questa parte sono precisati i seguenti dati:

- Descrizione della misura con indicazione del numero che identifica il rischio che si vuole ridurre, così come risulta dal trattamento del rischio di cui alla Parte Seconda lett. g):
 - MISURA "OBBLIGATORIA" GIA' APPLICATA (IMPOSTA DALLA NORMATIVA DI SETTORE) - si intende una misura già in esecuzione, con carattere obbligatorio, in quanto imposta dalla normativa di settore che regola il processo/procedimento.
 - MISURA "OBBLIGATORIA" GIA' APPLICATA (PREVISTA DAI PNA) - si intende misura già in esecuzione, con carattere obbligatorio, in quanto imposta dai PNA. (2013, agg. 2015, 2016).
 - MISURA "ULTERIORE" GIA' INDIVIDUATA NEI PRECEDENTI P.T.P.C.T.
 - NUOVA MISURA "GENERALE" (PREVISTA DAI PNA) - si intende una misura generale, quindi già prevista nei PNA, non ancora applicata al processo/procedimento.
 - NUOVA MISURA "ULTERIORE" - si intende una nuova misura, mai applicata nei precedenti P.T.P.C.T.
- Grado di incidenza sulle cause di rischio: indicazione in percentuale del grado di incidenza della misura sul rischio.
- Tempi previsti di attuazione: per misura già è indicata la data effettiva di applicazione; per nuova misura è indicata la data prevista.
- Modalità di attuazione: sono indicate la tempistica e le fasi di attuazione.
- Struttura/Settore/Ufficio Responsabile: sono indicati "gli uffici destinati all'attuazione della misura; diversi uffici possono essere responsabili di una o più fasi di adozione delle misure" (Agg. PNA 2015, pag. 23).
- Numero personale: in entrambi è indicato il numero del personale coinvolto nella concreta applicazione della misura.
- Tempi e modalità di monitoraggio interno: indicazione di eventuali verifiche per accertare che le misure siano state intese e applicate all'interno del processo/procedimento, indicando anche le ragioni del mancato svolgimento.

- Precisazione sull'applicazione delle misure: indicazione per ogni misura di eventuali criticità.

Si precisa che i dati richiesti su questa scheda sono stati impostati con lo scopo, non solo di verificare le attività fin qui svolte per l'individuazione dei correttivi più idonei a prevenire i rischi, ma anche di fornire degli spunti per favorire un'analisi più approfondita degli eventi rischiosi esaminati (modifica dei rischi e/o delle misure di prevenzione già inserite nella tabella della gestione del rischio, individuazione di nuove misure più specifiche e concrete ecc.).

3) Dichiarazione Responsabile

Nell'ultima parte della scheda viene attestato, da parte del Responsabile della Struttura competente alla gestione del processo a rischio corruzione, il livello di analisi condotto a seguito del monitoraggio del trattamento del rischio e le eventuali conseguenti integrazioni/modifiche delle misure, al fine di renderle concrete e capaci di incidere efficacemente sui rischi, attraverso la scelta tra tre opzioni precompilate.

I dati contenuti nelle schede trasmesse dai vari Referenti sono state accorpate e riassunte in un'unica tabella aggregata che è stata denominata "Registro dei rischi" e che costituisce l'allegato n. 2 del presente Piano.

Per specifiche esigenze di approfondimento sull'analisi del rischio condotta dalle strutture, le singole schede saranno pubblicate, unitamente al Piano, nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale di Asl3, consultabili mediante rimando ad apposito link per singola struttura.

Da una prima analisi dei documenti risulta che non tutte le strutture hanno svolto il monitoraggio secondo i principi e le indicazioni fornite e volte a, evidenziate le criticità dei propri processi, individuare misure di prevenzione più specifiche e concrete.

Per migliorare la qualità di analisi e del conseguente monitoraggio ci si avvarrà del sistema di "internal auditing", peraltro individuato come obiettivo strategico per il triennio 2018 -2020, quale strumento non solo di controllo ma anche di supporto alle strutture deficitarie per un innalzamento qualitativo della gestione del rischio.

b) Monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento

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.

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 di cui i vari uffici si sono dotati per rendere possibile l'applicazione delle nuove norme in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione.

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

Sono previsti due tipi di questionari:

a. Questionari generali

I questionari generali sono tre e riguardano il Piano, la sezione relativa alla trasparenza e 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 rivolte agli uffici del Personale competente, all'UPD, alla S.C. Programmazione e gestione delle Forniture e al Dipartimento Tecnico. 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 vengono 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 P.T.P.C.T., b) nella sezione trasparenza, c) nei Codici di Comportamento, d) nelle ulteriori attività richieste ai competenti uffici del Personale e UPD e al Dipartimento Tecnico.

Nel 2017 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.

I dati sono stati aggregati in modo da avere una sintetica panoramica riguardo al rispetto degli obblighi, degli adempimenti in capo alle singole strutture e precisamente:

- Nominativi coordinatore prevenzione
- Dati sulla gestione del rischio
- Gruppi di lavoro
- Numeri di incontri e partecipanti
- Informazioni su corso FAD
- Denunce di fatti illeciti
- Visite ispettive
- Aggiornamento monitoraggio tempi procedimenti
- Performance: rispetto obiettivi

Trasparenza

- Nominativo coordinatore Trasparenza
- Trasmissione tabella obblighi trasparenza
- Trasmissione puntuale dei dati al sito
- Qualità dati trasmessi
- Aggiornamento mappatura procedimenti

- Accesso civico generalizzato
- Dati ex art. 14 D.Lgs. n. 33/2013

Codice di Comportamento

- Trasmissione Codici ai collaboratori esterni
- Informativa art. 2 c. 3
- Norma soglia regali
- Astensione art. 5
- Comunicazione astensione e conflitti di interesse di cui agli artt. 6 e 7
- Trasmissione dati in formato aperto ex art. 7 D.Lgs. n. 33/2013
- Numero procedimenti disciplinari attivati
- Attività formativa per diffondere le norme sul conflitto di interesse
- Violazioni principali art. 11
- Numero incontri formativi effettuati per favorire la divulgazione del Codice
- Monitoraggio dirigenti sotto ordinati

I dati dei questionari pervenuti sono stati analizzati ed è stata realizzata una tabella aggregata che costituisce l'all.to n. 3 del presente Piano.

c) Controlli sui procedimenti disciplinari

Il c. 6 dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001 e l'art. 15 del D.P.R. n. 62/2013 richiedono ai singoli dirigenti, alle strutture di controllo interno ed agli uffici di disciplina di vigilare sull'applicazione dei Codici di Comportamento interno.

In particolare, l'art. 15 c. 3 del succitato DPR n. 62/2013 dispone che sia l'UPD a curare l'esame delle segnalazioni di violazione del Codice di Comportamento e la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate.

Con riferimento ai controlli sui procedimenti disciplinari è stato disposto che l'UPD debba:

- raccogliere le segnalazioni delle condotte illecite e sanzionate con particolare riguardo alla violazione dei Codici assicurando le garanzie di cui all'art. 54 – bis del D.Lgs. n. 165/2001;
- predisporre e trasmettere delle schede annuali da trasmettere al RPCT, nelle quali siano diffusi in forma anonima i dati riguardanti i procedimenti disciplinari, con particolare riferimento alle norme del Codice violate, le aree e le strutture in cui si sono verificate le suddette violazioni, la tipologia delle infrazioni e le sanzioni irro-

gate, con particolare riguardo alle segnalazioni di illeciti ex art. 54 D.Lgs. n. 165/2001 e delle eventuali denunce di situazioni discriminatorie a danno delle sentinelle civiche.

Riguardo al punto precedente, per garantire un monitoraggio puntuale si svolgono incontri tra il RPCT e l'UPD nel corso dell'anno al fine di verificare con tempestività la situazione dei procedimenti e il livello di legalità in Azienda.

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 di 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 del codice penale violata.

In base ai dati forniti dall'UPD i risultati, aggiornati ad ottobre 2017, vengono riassunti nella tabella che segue:

RIF.	OBBLIGHI PREVISTI	OBBLIGHI SVOLTI
A	Violazioni disciplinari	
1A	Indicare il numero di procedimenti disciplinari direttamente affidati all' UPD (distinti tra dirigenti e del comparto)	16 comparto/8 dirigenza/3 specialisti ambulatoriali
2A	Indicare il numero di procedimenti disciplinari "minori"	29 comparto e 2 specialisti ambulatoriali
3A	Indicare le aree di rischio in cui si sono verificate violazioni che hanno dato avvio ai procedimenti affidati all'UPD (specificando l'ufficio che rientra tra quelli esposti al rischio corruzione)	già comunicate con schede specifiche
4A	Indicare le aree di rischio in cui si sono verificate violazioni che hanno dato avvio ai procedimenti "minori" (specificando se si tratta di un ufficio rientrando tra quelli esposti al rischio corruzione)	già comunicate con schede specifiche
5A	Indicare il numero di procedimenti disciplinari per violazioni di norme penali (distinti tra dirigenti e del comparto)	6 dirigenti/4 comparto/1 specialista ambulatoriale
6A	Per ogni procedimento indicare le sanzioni comminate:	già comunicate con schede specifiche
7A	Indicare il numero di procedimenti disciplinari per violazioni di norme penali relative alla corruzione	1
8A	Indicare il tipo di art. del Codice Penale violato (peculato art. 313; concussione art. 317; corruzione per l'esercizio di funzione art. 318; corruzione in atti giudiziari art. 319 - ter; induzione indebita a dare o promettere utilità art. 319 - quater; corruzione di persona incaricata di pubblico servizio art. 320; corruzione di persona incaricata di pubblico servizio; istigazione alla corruzione art. 322; altro)	319 quater
9A	Indicare le aree di rischio dei procedimenti disciplinari istruiti per violazione di norme penali connesse a reati di corruzione (specificando: a) l'ufficio se rientra tra quelli esposti al rischio corruzione; b) se si tratta di personale dirigenziale o del comparto).	S.C. Servizio Amministrazione del Personale a) si b) dirigenza
10A	Indicare le sanzioni dei procedimenti disciplinari per violazioni del penale (e nello specifico di quelle corruttive)	censura scritta
11A	Indicare il numero di violazioni del codice (procedimenti maggiori)	5
12A	Indicare il numero di violazioni del codice (procedimenti minori)	18
13A	Indicare le aree di lavoro dei dipendenti coinvolti nei procedimenti disciplinari	già comunicate con schede specifiche
14 A	Indicare le aree di lavoro dei dipendenti coinvolti nei procedimenti disciplinari per violazione dei codici di comportamento	già comunicate con schede specifiche
15 A	I dipendenti sottoposti a procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva sono stati ruotati (art. 16 c. I - quater D.Lgs. n. 165/2001)?	no