

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
n. 0000363 del 31/03/2021

OGGETTO:

AGGIORNAMENTO PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA 2021 - 2023.

VISTA

Proposta n. 0000396 del 31/03/2021 a cura di S.C. Affari Generali e Legali
Hash.pdf (SHA256):83b2752058b84d8845567b0fa64d51d0c8d5b6dd8078b8b48253126dadcdbec0

firmata digitalmente da:

Il Responsabile S.C. Affari Generali e Legali
Gianni Giovannini

IL DIRETTORE SANITARIO
Parere: FAVOREVOLE
Sandro Vendetti

DELIBERA

Di fare integralmente propria la menzionata proposta che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e di disporre così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE anche con funzioni di DIREZIONE
AMMINISTRATIVA
Pasquale Chiarelli

PREMESSO che:

sulla G.U. 13 novembre 2012 n. 265 è stata pubblicata la Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;

sulla G.U. 8 giugno 2016 n. 132 è stato pubblicato il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 recante “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n.124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;

con la suddetta legge e con le successive modifiche sono stati introdotti numerosi strumenti per la prevenzione e repressione del fenomeno corruttivo e sono stati individuati i soggetti preposti ad adottare iniziative in materia, nonché apportate significative modifiche in materia di trasparenza;

la legge n.190/2012, come modificata dal D.lgs. n. 97/2016, prevede, in particolare: la definizione, da parte dell’organo di indirizzo di ciascuna Amministrazione, di 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 (art. 1, comma 8); l'adozione, da parte dell’organo di indirizzo di ciascuna Amministrazione, di un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (art. 1, comma 8);

il Piano nazionale anticorruzione (PNA) costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni (art. 1, comma 2 bis) ai fini dell’adozione dei propri PTPCT, da adottarsi entro il 31 gennaio di ciascun anno;

con Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 è stato adottato dall’ANAC il PNA 2019;

in esito alle attività di cui sopra, è stata elaborata una versione del PTPCT 2021/2023 che sarà oggetto di eventuale integrazione nel corso dell’anno 2021 a conclusione delle attività di mappatura dei processi e dei rischi;

visto il verbale dell’Organismo Indipendente di Valutazione del 29 marzo 2021 sulla proposta di PTPCT 2021 - 2013

Ritenuto, pertanto, che

sussistono i presupposti per prendere atto delle attività poste in essere dal RPC e, conseguenzialmente, adottare l'allegato “PTPCT 2021-2023”;

SI PROPONE DI DELIBERARE

DI approvare il documento “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021- 2023” dell’AO Santa Maria di Terni e i relativi Allegati, i quali costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto;

DI incaricare i Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione di esercitare le funzioni di cui al Piano adottato e di curare l’attuazione di quanto nello stesso previsto nell’ambito di competenza;

DI incaricare i Responsabili delle Strutture deputate all’inserimento dei dati nel Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità di monitorare il rispetto degli adempimenti all’interno della propria Struttura;

DI dare mandato alla Direzione Risorse Umane di procedere alla segnalazione del Piano via e-mail personale a ciascun dipendente in conformità in conformità a quanto stabilito dal Piano Nazionale Anticorruzione nonché in occasione della prima assunzione in servizio;

DI procedere alla pubblicazione del Piano sul sito web dell’Azienda, nell’apposita sezione Amministrazione Trasparente, come stabilito dalla Determinazione A.N.A.C. n. 12 del 2015;

DI trasmettere la presente deliberazione al Collegio Sindacale, all’Organismo Indipendente di Valutazione e a tutti i Responsabili delle Direzioni aziendali dell’area centrale e sanitaria.

Il Responsabile Prevenzione della Corruzione aziendale

Dr. Massimo RIZZO



Piano triennale prevenzione della corruzione e della trasparenza 2021-2023

Piano redatto ai sensi della Legge n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”



INDICE

1	Premessa	Pag.	5
2	Normativa di riferimento.....	<<	10
3	Contesto esterno	<<	15
	3.1 Contesto internazionale	<<	15
	3.2 Contesto nazionale	<<	17
	3.3 Contesto regionale e locale.....	<<	20
4	Contesto interno.....	<<	21
	4.1 I valori aziendali	<<	21
	4.2 L'organizzazione	<<	21
	4.3 Sistema dell'offerta	<<	21
	4.4 Obiettivi aziendali	<<	22
	4.5 Il Personale.....	<<	23
5	Società partecipate e controllate	<<	24
6	Coinvolgimento degli organi di indirizzo	<<	25
	6.1 Obiettivi strategici	<<	25
	6.2 Coordinamento con il Ciclo della Performance	<<	26
7	Soggetti aziendali coinvolti	<<	27
	7.1 La Direzione Aziendale.....	<<	27
	7.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.....	<<	27
	7.3 Referenti per la Prevenzione della Corruzione.....	<<	28
	7.4 Dirigenti e Titolari di PO.....	<<	29
	7.5 Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).....	<<	29
	7.6 Uffici per i Procedimenti Disciplinari.....	<<	30
	7.7 Ufficio Relazioni con il Pubblico.....	<<	30
	7.8 Responsabile della Protezione dei Dati.....	<<	31
	7.9 Tutti i Dipendenti/Collaboratori dell'amministrazione.....	<<	32
	7.10 Responsabile del Centro di Aggiornamento e formazione del Personale.....	<<	32
8	Misure in atto per la riduzione del rischio	<<	33



8.1 Anagrafe unica delle stazioni appaltanti.....	<<	33
8.2 Individuazione gestore delle segnalazioni normativa antiriciclaggio	<<	33
8.3 Rotazione del personale	<<	33
8.4 Conferimento incarichi extra-istituzionali	<<	34
9 Misure specifiche ulteriori	<<	36
9.1 Governo liste d'attesa.....	<<	36
9.2 Sperimentazioni cliniche.....	<<	38
9.3 Farmaci dispositivi.....	<<	38
9.4 Patti di integrità.....	<<	38
9.5 Sistema di controllo di gestione.....	<<	39
9.6 Sistema di contabilità generale e certificazione di bilancio.....	<<	42
9.7 Controlli e verifiche orarie (orario di servizio e di lavoro), accesso alla mensa aziendale.....	<<	43
9.8 Regolamenti aziendali.....	<<	43
9.9 Regolamento sul corretto uso di internet, posta elettronica, telefono/fax.....	<<	43
9.10 Dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del Servizio sanitario.....	<<	44
9.11 Sistema informatico.....	<<	44
9.12 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la Pubblica amministrazione.....	<<	45
9.13 Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.....	<<	46
9.14 Attività libero-professionale.....	<<	47
9.15 Linee Guida per il rafforzamento della trasparenza e la prevenzione della corruzione in materia di concorsi e selezioni pubbliche nel sistema regionale umbro.....	<<	48
10 Censimento delle aree di rischio e mappatura dei processi.....	<<	48
11 Valutazione del rischio.....	<<	50
12 Obbligo di astensione e conflitto di interessi.....	<<	54
13 Inconferibilità e incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013.....	<<	55
14 Incompatibilità successiva (pantouflage).....	<<	57
15 Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illecito (c.d. whistleblower).....	<<	59
16 Formazione.....	<<	62
17 Comunicazione.....	<<	63



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

18	Amministrazione trasparente.....	<<	64
19	Emergenza Covid-19-Normativa ANAC.....	<<	65
20	Sistemi di monitoraggio.....	<<	67
21	Sezione Trasparenza.....	<<	72
	Allegato 1 Relazione annuale R.P.C. anno 2020.....	<<	89
	Allegato 2 Mappatura dei processi.....	<<	102



Acronimi e definizioni.

<i>Definizioni</i>	
A.G.E.N.A.S.	<i>Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali</i>
A.L.P.I.	<i>Attività Libero Professionale Intramuraria</i>
A.N.A.C.	<i>Autorità Nazionale Anticorruzione</i>
C.A.	<i>Codice appalti D.Lgs 50/2016</i>
C.D.C.	<i>Codice di Comportamento</i>
CIVIT	<i>Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche</i>
C.R.A.S.	<i>Centrale Regionale Acquisti Sanità</i>
D.F.P.	<i>Dipartimento per la Funzione Pubblica</i>
D.P.O.	<i>Data Protection Officer - Responsabile protezione dati personali</i>
F.O.I.A.	<i>Freedom of information act</i>
G.D.P.R.	<i>General Data Protection Regulation</i>
O.I.V.	<i>Organismo Indipendente di Valutazione</i>
OO.SS.	<i>Organizzazioni Sindacali</i>
P.A.F.	<i>Piano Aziendale Formativo</i>
P.N.A.	<i>Piano Nazionale Anticorruzione</i>
P.N.V.E.	<i>Programma Nazionale di Valutazione degli Esiti</i>
P.T.P.C.T.	<i>Piano Triennale Aziendale di Prevenzione della corruzione e della trasparenza</i>
R.A.S.A.	<i>Responsabile Anagrafica Stazioni Appaltanti</i>
R.D.P.	<i>Responsabile protezione dati personali - Data Protection Officer</i>
R.P.C.	<i>Responsabile Aziendale Prevenzione della Corruzione</i>
R.T.	<i>Responsabile per la trasparenza</i>
R.U.P.	<i>Responsabile Unico del Procedimento</i>
U.O.	<i>Unità Operativa</i>
U.P.D.	<i>Ufficio Provvedimenti Disciplinari</i>
A.O.	<i>Azienda Ospedaliera "S.Maria" Terni</i>



1. PREMESSA

In attuazione dell'art. 6 della convenzione dell'organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, ratificata con L. 116/2009, con la legge 6 novembre 2012, n. 190 recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”* è stato introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione e contrasto della corruzione secondo una strategia articolata su due livelli: nazionale e decentrato.

A livello nazionale un ruolo fondamentale è svolto dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA). Il Piano Nazionale Anticorruzione 2013 è stato predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), sulla base delle linee guida definite dal Comitato interministeriale, e approvato con deliberazione n. 72/2013 dalla Commissione Indipendente per la Valutazione, l’Integrità e la Trasparenza (CIVIT ora ANAC), individuata dalla legge quale Autorità nazionale anticorruzione.

La stessa Autorità nella sua nuova forma istituzionale di ANAC, ha poi provveduto alla emanazione dei successivi PNA:

- Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 - Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 - Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
- Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 - Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- Delibera 1074 del 21 novembre 2018 - Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione.
- Delibera 1064 del 13 novembre 2019 - Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione.

Il processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione è sostanzialmente articolato su due livelli.

Al primo livello, quello “nazionale”, in base alla legge, le strategie di Prevenzione e contrasto alla corruzione derivano dall’azione sinergica di tre soggetti:

- il Comitato Interministeriale che ha il compito di fornire indirizzi attraverso l’elaborazione di linee guida,
- il Dipartimento della Funzione Pubblica, che opera come soggetto promotore delle strategie di prevenzione e contrasto alla corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione, come coordinatore della loro attuazione,
- l’Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (A.N.A.C., ex Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle Amministrazioni pubbliche C.I.V.I.T.), di cui all’art. 13 del D. Lgs. 150/2009, che in qualità di Autorità Nazionale Anticorruzione, svolge funzioni di raccordo con le altre autorità ed esercita poteri di vigilanza e controllo per la verifica dell’efficacia delle misure di prevenzione adottate dalle amministrazioni nonché sul rispetto della normativa della trasparenza.

Al secondo livello, quello “decentrato”, ogni amministrazione pubblica definisce un proprio P.T.P.C.T. che, sulla base delle indicazioni presenti nel P.N.A., effettua l’analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente indica gli interventi organizzativi volti a prevenirli.

L’obiettivo del Piano Nazionale Anticorruzione è quello di garantire la coerenza complessiva del sistema di prevenzione della corruzione mentre l’obiettivo del Piano triennale di prevenzione della



Corruzione e Trasparenza è quello di garantire l'autonomia delle singole amministrazioni e l'efficacia di soluzioni personalizzate.

La funzione principale del P.N.A. è quella di assicurare l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione elaborate a livello nazionale e internazionale. Il sistema deve garantire che le strategie nazionali si sviluppino e si modifichino a seconda delle esigenze e del feedback ricevuto dalle amministrazioni, in modo da mettere a punto degli strumenti di prevenzione mirati e sempre più incisivi.

In tal senso il Piano si presenta non come un'attività compiuta, bensì come un insieme di strumenti dinamici finalizzati alla prevenzione che vengono, come affermato dalle linee di indirizzo del Comitato Ministeriale di cui al DPCM 16 gennaio 2013

“via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione”.

Inoltre, l'adozione del P.T.P.C.T. tiene conto dell'esigenza di uno sviluppo graduale e progressivo del sistema di prevenzione, nella consapevolezza che il successo degli interventi dipende in larga misura dal consenso sulle politiche di prevenzione, dalla loro accettazione e dalla concreta promozione delle stesse da parte di tutti gli attori coinvolti.

Per chiarezza espositiva occorre precisare due concetti:

1. il termine corruzione, considerata la ratio della L. 190/2012, dai PNA e del presente PTPC, esorbita dalle fattispecie disciplinate dal codice penale in quanto ha lo scopo di prevenire ogni condotta del dipendente e di chiunque presti attività lavorativa in nome e per conto dell'Azienda, indipendentemente dal ruolo ricoperto al suo interno, che possa dar luogo *a un uso, o ad un abuso, del proprio ruolo, della propria funzione o del proprio potere al fine di ottenere, anche solo potenzialmente, per sé o altri un vantaggio patrimoniale o non patrimoniale* o possa, con la sua condotta, dar luogo a situazioni in cui (a prescindere dalla rilevanza penale) si evidenzia un *malfunzionamento dell'amministrazione*.

2. l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni persegue i fini istituzionali di tutela e promozione della salute del cittadino in adempimento di quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto delle disposizioni normative nazionali ed in coerenza di quanto previsto dalla Legge Regionale 12 novembre 2012 n. 18.

Nella sua organizzazione e funzionamento l'Azienda Ospedaliera S. Maria si informa al principio della centralità della persona e della valorizzazione del ruolo e responsabilità degli operatori. Si impegna a condurre la propria attività con integrità, correttezza, professionalità e trasparenza evitando ogni comportamento che possa facilitare la commissione di qualsiasi tipo di illecito compromettendo la fiducia degli utenti e degli operatori e ledere l'immagine dell'Azienda.

L'Azienda Ospedaliera adempie al dettato normativo mediante il proprio Piano triennale tenendo conto della peculiarità dell'attività svolta, della sua struttura organizzativa e della sua dotazione organica.

L'Azienda Ospedaliera S. Maria Terni, in considerazione della persistente carenza di personale amministrativo, che rende complicata, tra l'altro, l'assegnazione di personale di supporto ai Responsabili Anticorruzione e Trasparenza, ritiene, anche alla luce di quanto previsto dall'art. 43 del d.lgs. 33/2013 e dalle 'Linee guida trasparenza' pubblicate in data 29.12.2016, di tenere distinte le figure di Responsabile della prevenzione della corruzione e Responsabile della trasparenza con il fine di ottimizzare le rispettive competenze.

Nel mese di febbraio 2019, con atto deliberativo n. 99 del 01/02/2019, è stato nominato il dott. Massimo Rizzo come Responsabile prevenzione della corruzione dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni; nel mese di maggio, con atto deliberativo n.177 del 22/05/2019, è stato adottato il PTCPT 2019-2021.

Anche alla luce degli eventi formativi seguiti nell'anno 2019, con particolare riferimento al corso “Analisi dei rischi corruttivi in Sanità-Gruppi di miglioramento interaziendali sulle principali aree di rischio”, tenutosi presso la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica nel periodo ottobre-



dicembre 2019, si è evidenziata la necessità di aggiornare sensibilmente l'impianto del Piano aziendale a partire dal PTCPT 2020-2022.

L'emergenza pandemica da Covid-19 ha inevitabilmente condizionato l'adozione puntuale del PTCPT 2020-2022: per il PTCPT 2021-2023, considerando la variabile "pandemia" e gli inevitabili risvolti sui processi amministrativi e sanitari, si ripropone aggiornandolo con le disposizioni dell'ANAC relative all'emergenza da Covid-19, l'impianto del Piano 2020-2022.

Anche nel presente PTCPT 2021-2023, nel predisporre le misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi, il Piano individua le tipologie di rischio, valuta il loro impatto all'interno e all'esterno dell'amministrazione, stima la probabilità degli eventi, individua l'approccio culturale e metodologico da utilizzare; nel PTCPT, si ripropone la mappatura dei processi aziendali delle principali aree di rischio individuate nel precedente piano con l'obiettivo di implementare la mappatura di ulteriori processi con i diversi Direttori/Responsabili anche per quanto riguarda l'"area sanitaria".

Per fare in modo che la gestione del rischio sia efficace, l'Azienda Ospedaliera si ispira ai seguenti principi già introdotti nell'allegato 6 del PNA 2013 e tratti da UNI ISO 31000 2010:

- a) **La gestione del rischio crea e protegge il valore.** La gestione del rischio contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi ed al miglioramento della prestazione, per esempio in termini di salute e sicurezza delle persone, security, rispetto dei requisiti cogenti, consenso presso l'opinione pubblica, protezione dell'ambiente, qualità del prodotto gestione dei progetti, efficienza nelle operazioni, governance e reputazione.
- b) **La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione.** La gestione del rischio non è un'attività indipendente, separata dalle attività e dai processi principali dell'organizzazione. La gestione del rischio fa parte delle responsabilità della direzione ed è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, inclusi la pianificazione strategica e tutti i processi di gestione dei progetti e del cambiamento.
- c) **La gestione del rischio è parte del processo decisionale.** La gestione del rischio aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra linee di azione alternative.
- d) **La gestione del rischio tratta esplicitamente l'incertezza.** La gestione del rischio tiene conto esplicitamente dell'incertezza, della natura di tale incertezza e di come può essere affrontata.
- e) **La gestione del rischio è sistematica, strutturata e tempestiva.** Un approccio sistematico, tempestivo e strutturato alla gestione del rischio contribuisce all'efficienza ed a risultati coerenti, confrontabili ed affidabili.
- f) **La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili.** Gli elementi in ingresso al processo per gestire il rischio si basano su fonti di informazione quali dati storici, esperienza, informazioni di ritorno dai portatori d'interesse, osservazioni, previsioni e parere di specialisti. Tuttavia, i responsabili delle decisioni dovrebbero informarsi, e tenerne conto, di qualsiasi limitazione dei dati o del modello utilizzati o delle possibilità di divergenza di opinione tra gli specialisti.
- g) **La gestione del rischio è "su misura".** La gestione del rischio è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione.
- h) **La gestione del rischio tiene conto dei fattori umani e culturali.** Nell'ambito della gestione del rischio individua capacità, percezioni e aspettative delle persone esterne ed interne che possono facilitare o impedire il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.
- i) **La gestione del rischio è trasparente e inclusiva.** Il coinvolgimento appropriato e tempestivo dei portatori d'interesse e, in particolare, dei responsabili delle decisioni, a tutti i livelli dell'organizzazione, assicura che la gestione del rischio rimanga pertinente ed aggiornata. Il coinvolgimento, inoltre, permette che i portatori d'interesse siano opportunamente rappresentati e che i loro punti di vista siano presi in considerazione nel definire i criteri di rischio.



- j) **La gestione del rischio è dinamica.** La gestione del rischio è sensibile e risponde al cambiamento continuamente. Ogni qual volta accadono eventi esterni ed interni, cambiano il contesto e la conoscenza, si attuano il monitoraggio ed il riesame, emergono nuovi rischi, alcuni rischi si modificano ed altri scompaiono.
- k) **La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.** Le organizzazioni dovrebbero sviluppare ed attuare strategie per migliorare la maturità della propria gestione del rischio insieme a tutti gli altri aspetti della propria organizzazione.

Per quanto riguarda la definizione di corruzione, la Circolare n. 1 del Dipartimento della Funzione Pubblica del 25 gennaio 2013 osserva che la Legge non contiene una definizione di "corruzione", che viene quindi data per presupposta; questa invita a contestualizzare il concetto di corruzione comprendendovi le situazioni in cui, nel corso dell'attività dell'amministrazione pubblica si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti, pertanto, non si esauriscono nella violazione degli artt. 318, 319 e 319 ter del c.p. e vanno oltre la gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I del codice penale: esse comprendono tutte le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, si riscontri un evidente malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini propri delle funzioni attribuite.

La legge 27 maggio 2015, n. 69 "Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio", è intervenuta nella materia ed ha inasprito le pene per i reati di corruzione, concussione e peculato modificando la normativa vigente.

Appare utile richiamare e riportare di seguito la definizione di corruzione contenuta nel PNA e ribadita nell'aggiornamento 2015 nel quale *"si conferma la definizione del fenomeno contenuta nel PNA, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration"¹, intesa come 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. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse"*.

La Rete Europea contro le Frodi e la Corruzione nel Settore sanitario, un'organizzazione non profit il cui principale obiettivo è contrastare frodi, corruzione e sprechi in sanità, stima che in Europa circa il 6% del budget per la sanità sia assorbito dalla corruzione. Ma, sottolinea il rapporto, se si escludono valutazioni sporadiche, non sono disponibili stime certificabili con specifico riferimento alla realtà italiana.

Gli effetti della corruzione in sanità non sono solo economici (in particolare sulle finanze pubbliche), ma incidono negativamente anche:

- sulla crescita economica del Paese (perdita di competitività, allontanamento investitori stranieri);
- sulla razionalità della distribuzione delle risorse;
- sul funzionamento delle istituzioni pubbliche e sulla legittimazione democratica delle stesse;

¹ La c.d. "Maladministration" indica una serie di fenomeni che "vanno dai ritardi nell'espletamento delle pratiche, alla scarsa attenzione alle domande dei cittadini, al mancato rispetto degli orari di lavoro, fino alle stesse modalità di trattare le persone senza il dovuto rispetto e la necessaria gentilezza", cui si aggiungono, poi, condotte che sono fonte di responsabilità: conflitti d'interesse, nepotismo, clientelismo, partigianeria, occupazione di cariche pubbliche, assenteismo, sprechi.



- sul tasso di fiducia dei cittadini nella legalità e imparzialità dell'azione degli apparati pubblici;
- costituendo un freno all'innovazione da parte dei corrotti;
- riducendo l'accesso ai servizi;
- esercitando maggior peso sui deboli;
- recando danno all'immagine per la P.A.

Più in generale, le varie forme di illegalità messe in atto nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse ai programmi di assistenza, ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone. Per tale ragione l'affermazione della legalità e dell'integrità nel settore sanitario deve costituire un impegno prioritario per i responsabili delle politiche pubbliche, soprattutto in un momento in cui le istituzioni sono percepite come molto lontane dai loro problemi quotidiani dei cittadini.



2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Norme a carattere generale.

- Delibera numero 1064 del 13 novembre 2019 “Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”
- Delibera n. 840 del 2 ottobre 2018 avente ad oggetto: *“richieste di parere all’ ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)”*
- LEGGE 30 novembre 2017, n. 179 *“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”*.
- DECRETO LEGISLATIVO 20 luglio 2017, n. 118 *“Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 20 giugno 2016, n. 116, recante modifiche all'articolo 55-quater del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera s), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di licenziamento disciplinare”*.
- Delibera n. 556 del 31/5/2017 Determinazione n. 4 del 7 luglio 2011 recante: *Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell’articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 (Aggiornata al decreto legislativo 19 aprile 2017, n. 56 recante “Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50” con delibera n. 556 del 31 maggio 2017)*
- DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2017, n. 75 *“Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.”*
- DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2017, n. 74 *“Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”*.
- Circolare 2/2017 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 30/05/2017 *“Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. F.O.I.A.)”*.
- DECRETO LEGISLATIVO 19 aprile 2017, n. 56 *“Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50”*
- LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.”*
- Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 *“Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”*.
- DECRETO LEGISLATIVO 20 giugno 2016, n. 116 *“Modifiche all'articolo 55-quater del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera s), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di licenziamento disciplinare”*.
- DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2016, n. 97 *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi*

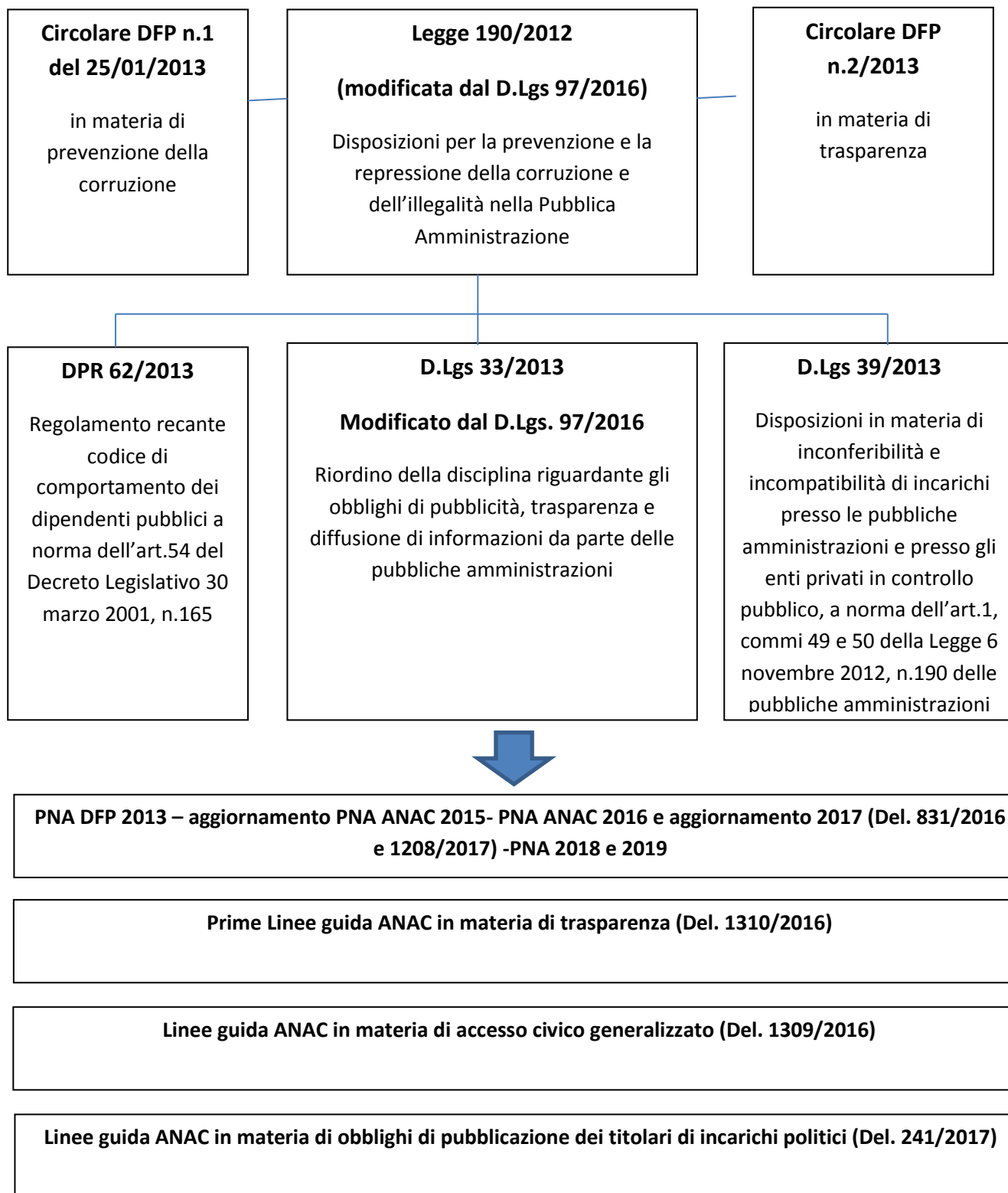


dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.

- DECRETO LEGISLATIVO 14 settembre 2015, n. 150 “Disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge 10 dicembre 2014, n. 183”.
- LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”.
- Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”.
- Decreto Ministeriale del 3 settembre 2015 “Individuazione delle Ragionerie territoriali dello Stato e definizione dei relativi compiti”.
- Determinazione n. 8 del 17 giugno 2015 “*Linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici*”
- Legge 27 maggio 2015, n. 69 “Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio”.
- DPCM 21 gennaio 2015, n. 24 “Regolamento concernente i termini di conclusione dei procedimenti amministrativi di competenza del Ministero della salute aventi durata non superiore a novanta giorni, in attuazione dell'articolo 2, comma 3, della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.”
- Delibera ANAC n.149 del 22 dicembre 2014 “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/13 nel settore sanitario”.
- DECRETO-LEGGE 24 giugno 2014, n. 90 “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari”
- LEGGE 30 ottobre 2013, n. 125 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, recante disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni.
- Delibera CIVIT n. 72 dell’11/09/2013: approvazione de “Il Piano Nazionale Anticorruzione come predisposto dal Dipartimento della funzione pubblica e trasmesso dal Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione alla Commissione in data 6 settembre 2013”.
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Linee di indirizzo del 13 marzo 2013 del “Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Circolare n.1 del 25 gennaio 2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica;



- D.P.C.M. 16 gennaio 2013 contenente le linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano nazionale anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012, n.190;
- Legge 17 dicembre 2012, n. 221 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese.
- Legge 6 novembre 2012, n.190 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione”*;
- Legge 28 giugno 2012, n. 110 Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999;
- DPR 16/04/2013 n. 62: *“regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell' articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165”*;
- D.L. 18 ottobre 2012 n. 179 *“Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”*. Art. 34-bis. *“Autorità nazionale anticorruzione”*;
- D.L. 6 luglio 2012, n. 95 *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini ((nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario))”*. Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135
- DGR Umbria n. 52 del 23/01/2012 *“Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150. Schema di decreto legislativo di attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni – Provvedimenti attuativi”*.
- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*
- Legge 3 agosto 2009, n. 116 *“Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale.”*
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 *“Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*;
- Codice Penale Italiano articoli dal 318 a 322.


Ambito normativo di riferimento




3. CONTESTO ESTERNO

Con la delibera n. 12 del 28 ottobre 2015 di aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione l'ANAC ha evidenziato l'importanza dell'esame del contesto esterno ed interno per l'effettuazione di una precisa analisi dei rischi e per l'individuazione delle azioni da mettere in campo per prevenire eventi corruttivi o di malamministrazione.

Anche se un preciso esame del contesto ha maggior rilievo per quelle amministrazioni che operano in un quadro territoriale ampio (regioni, aziende territoriali, Asl) nei paragrafi che seguono sono riportate alcune informazioni che evidenziano il contesto in cui opera l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni.

3.1 CONTESTO INTERNAZIONALE

Tanti sono ormai i documenti, le analisi sul fenomeno corruttivo presente in molte realtà socioeconomiche in diversi paesi.

Il fenomeno, di dimensioni assai più diffuse di quanto possa apparire, ci incita pertanto a ricercare (anche nella nostra realtà) misure preventive e di controllo sempre più permeanti il contesto organizzativo in cui operiamo.

“Il tema della legalità – e quelli speculari della violazione dei diritti e della corruzione – sono di grande attualità in questo momento storico e coinvolgono tutte le istituzioni e i settori della nostra società. La crisi economica generale, la crisi del lavoro e la riduzione delle risorse per i servizi ai cittadini hanno di colpo reso evidente ai più che le risorse scarse non possono essere sprecate a causa di comportamenti opportunistici e fuori dalle regole stabilite per tutelare il benessere della collettività. Il mondo della Sanità e il servizio sanitario nazionale sono uno dei principali ambiti economici della nostra società (per numero di addetti nei servizi pubblici, nel privato e nell'indotto, per volumi di attività e di scambi, per assorbimento di risorse dello Stato e delle Regioni). È quindi atteso che esso sia più o meno diffusamente minacciato da fenomeni e comportamenti ascrivibili alla violazione della trasparenza, della legalità o addirittura della corruzione. Contrastare tali minacce significa impegnarsi per l'equità e per la qualità dei servizi sia del settore pubblico sia di quello privato e contribuire a garantire il miglior uso delle risorse dei singoli e della comunità.”

“Il tema merita attenzione anche perché nel settore sanitario e sociale la corruzione produce effetti non solo economici (in particolare sulle finanze pubbliche), ma anche sulla salute delle popolazioni: riduce l'accesso ai servizi, soprattutto fra i più vulnerabili; peggiora in modo significativo – a parità di ogni altra condizione – gli indicatori generali di salute ed è associata a una più elevata mortalità infantile. Più in generale le varie forme di illegalità presenti nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse ai programmi di assistenza, ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone. Per tale ragione il contrasto della illegalità nel settore sociale e sanitario deve costituire un impegno prioritario per i responsabili delle politiche pubbliche e i professionisti del settore, soprattutto in un momento di grave crisi economica..”

Da: “Illuminiamo la Salute – Per non cadere nella ragnatela dell'illegalità”
Introduzione di Nerina Dirindin Presidente Coripe Piemonte.

I concetti espressi continuano a rappresentare, con lucida sintesi l'essenza del problema con specifico riguardo al mondo della Sanità e sono tutt'ora di attualità.

I rapporti tra Corruzione e Sanità sono stati analizzati all'interno di diversi studi portati avanti da diverse organizzazioni che hanno pubblicato i loro Studi: Libro Bianco sulla Corruption in Sanità a cura di ISPE Sanità (anno 2014), Corruzione e sprechi in Sanità di Transparency International Italia (anno 2016) e Italia-Agenda Anticorruzione 2017 (per citarne alcuni) che



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

rilevano come il nostro Paese sia tra quelli in cui è più alto il grado di *corruzione percepita*: 2016: Italia al 60° su 176 Paesi a livello mondiale (voto 47/100); tuttavia, sotto questo profilo, il grado di percezione si è comunque positivamente modificato in quanto nel 2012 (cioè quando il nostro Paese ha cominciato a definire un sistema più organico di intervento sul fenomeno – anche sul piano normativo -) l'Italia era al 72° posto a livello mondiale (voto 42/100) (*Fonte: Transparency International Italia-Agenda Anticorruzione 2017*). Ad oggi, secondo l'Indice di Percezione della Corruzione, l'Italia è al 54° posto nel mondo per corruzione percepita. Il nostro Paese avrebbe ulteriormente migliorato la sua posizione grazie all'approvazione di leggi, come la legge anticorruzione e quella sul whistleblowing, ma ancora molto c'è da fare e crediamo che una buona parte del cambiamento debba venire anche dalla società civile, che si attiva. (fonte: Transparency International Italia).

Concentrando l'attenzione sul mondo della Sanità, gli ambiti che maggiormente sono analizzati come possibili zone in cui è più facile l'instaurarsi di fenomeni corruttivi sono individuati, per ricordare i più significativi, negli appalti, nei rapporti con l'industria farmaceutica (individuazione dei fabbisogni, comparaggio, prescrizioni non necessarie, brevetti e uso di farmaci equivalenti, ecc.), nella ricerca scientifica (fenomeni di *misconduct* scientifica), nei rapporti con la Sanità privata (controlli e rimborsi) e nei controlli che le Aziende Sanitarie a loro volta sono tenute a fare verso soggetti esterni.

A livello Internazionale è inoltre alta l'attenzione da parte degli organi istituzionali ONU, Consiglio d'Europa, Commissione Europea e OCSE tra tutti.

In particolare l'Ocse governa un processo di raccomandazioni e controlli nei confronti dei propri Stati membri affinché attivino e favoriscano un sistema di integrità al proprio interno come base delle proprie regole di funzionamento riconoscendo che l'integrità è fondamentale nell'amministrazione pubblica, poiché salvaguarda l'interesse pubblico e rafforza valori fondamentali come l'impegno per una democrazia multiforme basata sullo stato di diritto e il rispetto dei diritti umani.

E' stata recentemente approvata una nuova Raccomandazione (*Recommendation on integrity*) volta a consolidare un sistema completo di integrità nei Paesi aderenti che dovranno tra l'altro:

1. dimostrare il proprio IMPEGNO nelle sfere politiche e gestionali più alte all'interno del settore pubblico e rafforzare l'integrità pubblica, riducendo la corruzione;
2. fissare delle leggi/norme di condotta severe per i funzionari pubblici;
3. promuovere una cultura dell'integrità pubblica che comprenda la società nel suo complesso in collaborazione con il settore privato, la società civile e le persone fisiche;
4. investire in una leadership integra con il fine di dimostrare l'impegno nell'integrità di un ente del settore pubblico;
5. favorire una cultura organizzativa della trasparenza all'interno del settore pubblico che risponda alle preoccupazioni relative all'integrità;
6. applicare un sistema di controllo e gestione dei rischi che salvaguardi l'integrità negli enti pubblici;
7. rafforzare il ruolo di supervisione e controllo esterni al sistema di integrità del settore pubblico, in particolare;
8. promuovere la trasparenza e la partecipazione delle parti interessate in ogni fase del processo politico e del ciclo di elaborazione di politiche pubbliche con l'obiettivo di promuovere la responsabilità e l'interesse generale, in particolare.

Nella considerazione che la corruzione e altre violazioni dell'integrità, dalle quali nessun paese è immune, sono diventate sempre più complesse e articolate, la Raccomandazione va a sostituire quella del Consiglio sul miglioramento della condotta etica nel settore pubblico adottata nel 1998.

Focalizzando poi l'attenzione sulla situazione specifica del nostro Paese, diverse sono state nel tempo le verifiche effettuate da organismi internazionali sulla situazione italiana.



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

La Commissione Europea nel 2014 incitava l'Italia ad esercitare un'azione repressiva immediata

ed efficace in quanto «*i casi contro funzionari di alto livello in cui le sanzioni sono stata effettivamente applicate sono pochi*» (*Rapporto sulla corruzione negli Stati Membri*)

Il Consiglio d'Europa, inoltre, attraverso il proprio organismo per la lotta alla corruzione (GRECO)

aveva già reso noto il proprio rapporto relativo all'anno 2015 rilevando, con riferimento all'Italia, il percorso di riforme intrapreso con l'inasprimento delle pene in tema di corruzione e di traffico di influenze illecite; nel 2017 tuttavia testualmente sosteneva che: «*La lotta alla corruzione deve diventare una questione di cultura e non solo di regole; ciò richiederà un approccio a lungo termine, un'istruzione continua in tutti i settori della società come componente indispensabile della strategia anticorruzione e un inequivocabile impegno politico*» (fonte: 4° Rapporto di valutazione dell'Italia). Ciò a comprova che ancora molto deve essere fatto nel nostra sistema nazionale non tanto e solo nell'adozione di norme ma soprattutto nella diffusione della cultura dell'integrità nella società civile.

Ad ulteriore testimonianza dell'impegno internazionale nella lotta ai fenomeni corruttivi e per lo

sviluppo della cultura della legalità, nello scorso mese di ottobre 2018 è stato avviato il processo di creazione di una rete continentale di Autorità per la prevenzione della corruzione tra i rappresentanti di 16 Paesi Europei (accordo di Sibenik – Croazia) , che vede protagonista l'Italia, con lo scopo di fornire un luogo di scambio di informazioni e di buone pratiche e per elaborare anche standard comuni su vari temi ritenuti di rilievo. Soprattutto si vuole, con l'iniziativa, individuare misure comuni di prevenzione che possano essere il più efficaci possibili.

3.2 CONTESTO NAZIONALE

L'Istat per la prima volta ha studiato (nel 2017) il fenomeno corruttivo in Italia all'interno dell'indagine sulla sicurezza dei cittadini. Quindi possiamo analizzare un'indagine svolta non più solo sulla percezione bensì basata su accadimenti vissuti.

Dalla lettura del resoconto si evidenziava che circa il 7,9% delle famiglie nel corso della vita fosse stato coinvolto direttamente in eventi corruttivi quali richieste di denaro, favori, regali o altro in cambio di servizi o agevolazioni (2,7% negli ultimi 3 anni, 1,2% negli ultimi 12 mesi).

L'indicatore complessivo (7,9%) raggiungeva il massimo nel Lazio (17,9%) e il minimo nella Provincia autonoma di Trento (2%), ma la situazione sul territorio è molto diversificata a seconda degli ambiti della corruzione.

La corruzione in sanità è più frequente in Abruzzo (4,7%) e in Campania (4,1%).

La richiesta di effettuare una visita privata prima del trattamento nella struttura pubblica era elevata in Puglia (20,7%), Basilicata (18,5%), Sicilia (16,1%) e Lazio (14,4%).

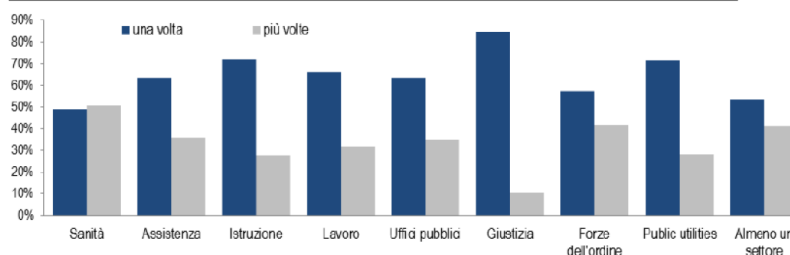
La richiesta di tangenti o favori in cambio di benefici assistenziali era risultata invece sensibilmente superiore al dato medio nazionale (2,7%) in Molise (11,8%), Puglia (9,3%), Campania (8,8%) e Abruzzo (7,5%).

Risultava che in sanità la richiesta di denaro o altri beni avvenisse da parte di un medico nel 69% dei casi (da un primario di medicina nel 20,2%), da un infermiere nel 10,9% o da altro personale sanitario nel 19,6% dei casi, mentre per un altro 11,1% da parte di figure professionali non sanitarie.

Questi due grafici, dei tanti che Istat ha prodotto per dare evidenza dei dati raccolti, in cui si dà rappresentazione di quanto sopra riportato con specifico riferimento alla sanità.



FIGURA 1. FAMIGLIE CHE HANNO AVUTO RICHIESTE DI DENARO, REGALI, FAVORI O ALTRO IN CAMBIO DI AGEVOLAZIONI O SERVIZI PER NUMERO DI EPISODI DI CORRUZIONE (IN CLASSI) E SETTORE. Anno 2016, per 100 famiglie che hanno avuto richieste



PROSPETTO 2. FAMIGLIE IN CUI ALMENO UN COMPONENTE HA AVUTO RICHIESTE DI DENARO, FAVORI, REGALO O ALTRO IN CAMBIO DI FAVORI O SERVIZI NEL CORSO DELLA VITA PER TITOLO DI STUDIO DEI COMPONENTI E PER SETTORE. Anno 2016, per 100 famiglie

	Famiglie che hanno avuto richieste di denaro, favori o altro	di cui: con almeno un componente con titolo di studio elevato	di cui: senza componenti con un titolo di studio elevato
ALMENO UN CASO DI CORRUZIONE	7,9	9,8	7,3
SETTORI			
Sanità	2,4	3,0	2,2
Assistenza	2,7	2,3	2,9
Istruzione	0,6	1,1	0,4
Lavoro	3,2	3,9	3,0
Uffici pubblici	2,1	2,5	2,0
Giustizia	2,9	2,3	3,3
Forze dell'ordine	1,0	0,4	1,2
Public Utilities	0,5	0,4	0,5

Pur essendo presente il fenomeno, l'indagine rileva come ci sia una grande differenza in termini percentuali tra la rilevazione della c.d. corruzione percepita e la rilevazione di fenomeni corruttivi di cui i cittadini abbiano avuto diretta conoscenza.

L'attenzione sul contesto giudiziario e sul fronte delle indagini attivate dagli organi inquirenti porta quindi ad individuare diversi filoni che possono coinvolgere il settore sanitario, della salute e dell'ambiente e che vengono qui sinteticamente riepilogati al fine di evidenziare quali possono essere i rischi connessi alle attività delle Aziende sanitarie e che devono essere considerati nella fase di individuazione dei processi e della loro graduazione di rischio:

A. accertamenti e verifiche:

1. sulle disposizioni anticorruzione per le autorizzazioni concesse dall'AIFA;
2. sulla spesa farmaceutica e sulla tracciabilità del farmaco per la prevenzione ed il contrasto alle truffe in danno del Servizio Sanitario Nazionale e regionali;
3. monitoraggio sugli eventi avversi connessi all'uso dei farmaci (farmacovigilanza).

B. preparazione e somministrazione di farmaci imperfetti, non muniti di risultati di studio preclinici e clinici a dimostrazione dell'efficacia sull'uomo, nonché in assenza delle necessarie autorizzazioni degli Enti regolatori nazionali;

C. traffico illecito di rifiuti speciali e pericolosi;

D. importazione, distribuzione e somministrazione ceppi virali e vaccini per uso veterinario a base di virus patogeni;

E. falsi ricoveri;

gestione delle liste d'attesa e prestazioni specialistiche, con elusione delle liste d'attesa stesse, nonché del previsto pagamento del *ticket* sanitario;

F. frodi in commercio, in ordine alla vendita di prodotti contraffatti;

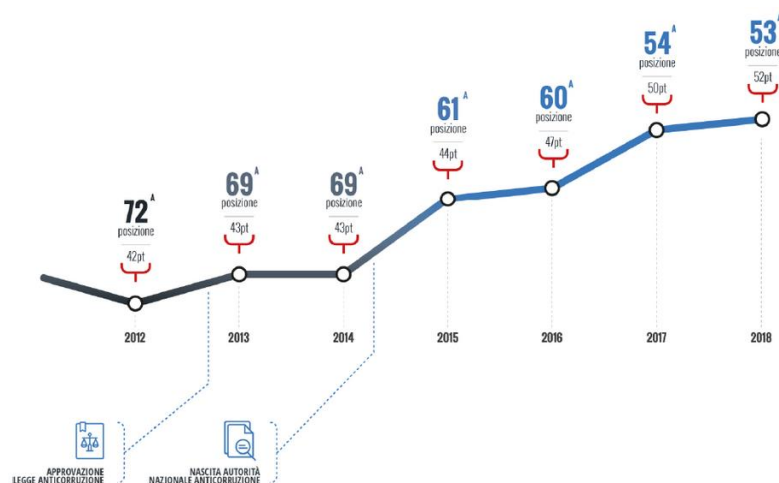
G. commercio illegale di sostanze dopanti o anabolizzanti;

H. prescrizione inappropriata di integratori artificiali ai neonati;

I. abbandono e sequestro persone incapaci in strutture assistenziali.

Nell'analisi del contesto esterno è utile anche verificare l'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International che misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo. Transparency si basa sull'opinione di esperti che assegnano una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli “puliti”. La metodologia cambia ogni anno per riuscire a dare uno spaccato sempre più attendibile delle realtà locali. L'Indice si basa su 13 sondaggi e valutazioni di esperti sulla corruzione nel settore pubblico, ognuno dei quali assegna un punteggio da 0 (altamente corrotto) a 100 (per niente corrotto). Oltre due terzi dei Paesi analizzati ha un punteggio inferiore a 50. Dal 2012 solo 20 Paesi hanno visto migliorare in maniera significativa il loro punteggio e tra questi vi è l'Italia con uno degli incrementi maggiori (+10 punti). Sono invece 16 i Paesi che hanno subito un forte peggioramento.

Dal 2012 ad oggi le cose sono quindi notevolmente cambiate. Era l'anno dell'approvazione della legge anticorruzione e solo due anni dopo veniva istituita l'Autorità Nazionale Anticorruzione. L'Italia in questi anni ha scalato 19 posizioni, non poche soprattutto se si pensa che il trend è in assoluta controtendenza con l'andamento registrato dalla maggior parte degli altri Paesi. Quest'anno infatti, l'Indice di Percezione della Corruzione vede l'Italia al 53° posto nel mondo su 180 Paesi, con un punteggio di 52 su 100. Conferma quindi il trend in lenta crescita del nostro Paese nella classifica globale e lo stesso vale per la classifica europea, dove ci allontaniamo dagli ultimi posti.



L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) 2018 di Transparency International



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

3.3 CONTESTO REGIONALE E LOCALE

Con nota prot. 0279916 del 11/12/2018 il RPC dell'Azienda USL Umbria 2 ha richiesto il supporto delle Prefetture di Terni e Perugia ai sensi dell'art. 1 comma 6 della L. 190/2012 nell'analisi del contesto esterno.

La Prefettura di Terni (Prot. 0064967 del 14/12/2018) con nota protocollata in ingresso al n. 0284441 del 17/12/2018 ha fornito informazioni ponendo l'attenzione su:

- fenomeno della criminalità organizzata: *"... non sono stati rilevati fenomeni delittuosi ascrivibili a sodalizi di tipo mafioso o comunque ad associazioni criminali che abbiano l'esclusivo controllo delle attività illecite poste in essere nel territorio",* significando che i *"reati "indicatori" di una presenza mafiosa, allorquando vengono perpretati, risultano essere posti da singoli individui o ristretti gruppi di persone senza un disegno criminoso strategico"*.
- presenza di importante sito industriale "Acciaierie" che sembra *"non aver comportato, fino ad oggi, infiltrazione di organizzazioni criminali strutturate con connotazioni associative..."*
- presenza della Casa Circondariale in cui sono ristretti anche detenuti sottoposti al regime carcerario di cui all'art. 41bis Ordinamento Penitenziario; *"la presenza di detenuti di tale spessore criminale non ha influito, al momento, né sulla stanzialità di particolari soggetti provenienti da quelle aree regionali a forte impatto criminale, né sulla infiltrazione, nel territorio ternano, di fenomeni criminali con connotazione di criminalità organizzata."*
- illegalità nella pubblica amministrazione: *"... si evidenzia che il numero di denunce per reati contro la PA non è particolarmente rilevante"*.

Viene descritto quindi un quadro di contesto esterno non particolarmente allarmante. Ma il Capo di Gabinetto termina l'analisi affermando che *"tuttavia, nella consapevolezza che la corruzione nella Pubblica Amministrazione costituisce a livello nazionale una forma di illegalità conclamata, è necessario rivolgere particolare attenzione al settore e cogliere quegli elementi che potrebbero celarsi in un tessuto socialmente non ancora colpito significativamente dal fenomeno in argomento"*.

La Prefettura di Perugia con nota prot. 0280999 del 22/12/2016 ha comunicato, fra l'altro, che *"le evidenze processuali e l'analisi dei risultati delle attività info-investigative svolte dagli organi competenti, non indicano un radicamento strutturato della criminalità organizzata sul territorio provinciale che si caratterizza, prevalentemente, dalla commissione di reati classificabili nel novero della cosiddetta criminalità diffusa"*.

Inoltre *"... l'incidenza dei reati contro la Pubblica Amministrazione non assume particolare rilievo..."*.

Ma afferma anche che *"a conferma che le caratteristiche socio-economiche possono costituire condizioni favorevoli ai tentativi di infiltrazioni, si sono registrate presenze ed interessi delle mafie che, attraverso il riciclaggio e/o il reimpiego di illeciti proventi, (...) insinuano la locale economia legale"*.

In sintesi, il bacino su cui insiste l'A.O. "S.Maria" di Terni, appare inserirsi in un contesto che, tutto sommato, non desta particolari allarmi. Ma, evidenziano le Prefetture, occorre tenere alta la soglia di attenzione rafforzando le misure di prevenzione e controllo.



4. CONTESTO INTERNO

4.1 I VALORI AZIENDALI

L'Azienda Ospedaliera "S.Maria" di Terni, così come da Atto aziendale (Deliberazione del Direttore Generale n. 606 del 04/07/2018) è individuata quale azienda ospedaliero-universitaria di cui all'art. 2 lett. B) del D.Lgs. 517/1999, ai sensi dell'art.21 della legge regionale 11/2015.

L'A.O. garantisce la tutela della salute e fornisce prestazioni specialistiche ed ospedaliere qualificate e rispondenti alla richiesta proveniente dal territorio in un'ottica di appropriatezza, correttezza e completezza delle prestazioni nonché sulla base della programmazione sanitaria regionale secondo un processo di corretta competizione con le altre aziende e strutture presenti sul territorio.

4.2 L'ORGANIZZAZIONE

L'Azienda si articola in:

- Direzione Aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo)
- Direzione Medica Presidio Ospedaliero
- DITRO (Dipartimento Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo e Ostetrico)
- Dipartimenti strutturali
- Dipartimenti interaziendali
- Dipartimento funzionali e gruppi di progetto, interdisciplinari con omogeneità di obiettivi
- Aree funzionali di degenza o di servizi dentro un dipartimento o tra più dipartimenti con obiettivi comuni di assistenza
- Strutture complesse, con attribuzione di risorse, nell'ambito del dipartimento strutturale di afferenza o interdipartimentale anche interaziendali
- Strutture semplici dipartimentali, anch'esse dotate di risorse
- Strutture semplici per attività di programma che non gestiscono direttamente risorse proprie, a valenza trasversale
- Strutture semplici quali articolazioni organizzative interne alle strutture complesse.

4.3 SISTEMA DELL'OFFERTA

Le prestazioni erogate dall'A.O. "S.Maria" di Terni si riferiscono ad attività in regime di ricovero e di specialistica ambulatoriale.

L'offerta delle prestazioni, in un'ottica di Percorsi di cura integrati e di Clinical governance, viene garantita dai diversi Dipartimenti aziendali e dalle relative strutture afferenti.

In particolare i dipartimenti sono i seguenti:

- Dipartimento di Chirurgia Testa Collo e dei tessuti molli
- Dipartimento di Diagnostica per immagini e radiologia terapeutica e interventistica
- Dipartimento di Neuroscienze
- Dipartimento Materno infantile
- Dipartimento di Diagnostica di laboratorio ed Immunotrasfusionale
- Dipartimento di Emergenza-urgenza
- Dipartimento di Medicina e Specialità mediche
- Dipartimento di Oncologia
- Dipartimento di Chirurgia
- Dipartimento Cardio-toraco-vascolare



A supporto delle attività erogate dai professionisti dei singoli dipartimenti, sono definite le seguenti Arre/Servizi aziendali:

- Area delle funzioni centrali
- Centro salute Donna
- Staff della Direzione Sanitaria
- Staff della Direzione Generale
- SITRO

STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE composto da: SC Formazione, qualità, comunicazione e Servizio di Prevenzione e Protezione

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA composto da: Medicina del lavoro, Rischio clinico, Direzione medica di presidio ospedaliero, Farmacia interna, Psicologia e Medicina legale.

AREA DELLE FUNZIONI CENTRALI composta dalle seguenti strutture: Acquisizione beni e servizi, Controllo di gestione, Affari generali e legali e relazioni istituzionali, Direzione risorse umane, Economato e servizi alberghieri, Economico finanziaria e Tecnico patrimoniale.

4.4 OBIETTIVI AZIENDALI

L'A.O. deve rappresentare per i cittadini residenti nel comprensorio ternano, e per alcune branche specialistiche anche per quello narnese-amerino, l'Ospedale di riferimento per le prestazioni di bassa e media specialità. Mentre per le prestazioni di alta specialità, rappresenta un riferimento provinciale e si coordina ed integra con l'A.O. di Perugia e con la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Perugia. L'A.O. sostiene la formazione, la ricerca, la traduzione nella pratica clinica di Linee guida e buone pratiche in un'ottica di garanzia della qualità e dell'affidabilità dei servizi erogati e partecipa a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza nei confronti della comunità di riferimento, contribuendo alla tutela e alla promozione della salute con azioni dirette e attraverso il sostegno alle attività didattiche e di formazione del personale sanitario.



4.5 IL PERSONALE

La composizione del personale dipendente, a Dicembre 2020 (fonte: Ufficio Controllo di gestione), è riportata nella seguente tabella:

PROFILO	N.
BIOLOGI	11
CATEGORIA A - (AUSILIARIO SPECIALIZZATO)	40
CATEGORIA A - (COMMESSO)	2
CATEGORIA B - (COADIUTORE AMM/VO)	12
CATEGORIA B - (OPERATORE TECNICO)	28
CATEGORIA Bs - (COADIUTORE AMM. ESPERTO)	7
CATEGORIA Bs - (OPERATORE SOCIO SANIT.)	138
CATEGORIA Bs - (OPERATORE TECN. SPECIAL.)	14
CATEGORIA C - (PERSONALE AMMINISTRATIVO)	14
CATEGORIA C - (PERSONALE TECNICO)	8
CATEGORIA D - (ASSISTENTE RELIGIOSO)	2
CATEGORIA D - (COLLAB. AMM. PROF.)	17
CATEGORIA D - (COLLAB. TECN. PROF.)	8
CATEGORIA D - COLL. PROF. SAN. (Inf.)	825
CATEGORIA D - COLL. PROF. SAN. (Riab.)	21
CATEGORIA D - COLL. PROF. SAN. (Tec.)	122
CATEGORIA Ds - (COLLAB. AMM/VO PROF. ESP.)	9
CATEGORIA Ds - (COLLAB. TECN. PROF. ESP.)	1
CATEGORIA Ds - (Profess. Sanit. Inferm.)	24
CATEGORIA Ds - (Profess. Sanit. Riabil.)	1
CATEGORIA Ds - (Profess. Tecnico Sanit.)	6
DIPENDENTI ALTRI ENTI	1
DIRETTORI AMMINISTRATIVI	3
DIRIGENTE AREA COMPARTO	1
FARMACISTI	3
FISICI	4
Incarico Direttore	2
MEDICI	394
PSICOLOGI	3
Totale complessivo	1721



5. SOCIETÀ PARTECIPATE E CONTROLLATE

Per tale fattispecie si fa riferimento alla determinazione ANAC n. 1134 dell'8.11.2017 *'Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici'*

L'Azienda Ospedaliera con atto deliberativo n. 869, del 30.12.2019, Rilevazione annuale delle partecipazioni dell'Azienda Ospedaliera di Terni ai sensi dell'art. 20 del D.lgs. 175/2016 e dell'art. 17 del D.L. 90/2014 ha, tra l'altro, evidenziato che possiede due partecipazioni dirette in società di capitali e precisamente:

1. Umbria Salute Società consortile a r.l.: quota pari al 25 % del capitale;
2. Umbria Digitale Società consortile a r.l.: quota pari <0.01% del capitale;

Umbria Salute S.c. a.r.l. con sede in Perugia, Via E. Dal Pozzo Snc, C.F./P.I. e Reg. Impr. PG n. 02915750547 e REA di Perugia n. 250357, Cap. Soc. € 100.000,00 i.v., è una Società consortile *in house* partecipata in maniera paritaria (ogni Azienda possiede il 25% del capitale sociale) da tutte le Aziende Sanitarie della Regione Umbria alla quale sono stati attribuiti una pluralità di servizi di interesse generale preordinati alla tutela della salute e che, ai sensi dell'art. 9 della Legge Regionale dell'Umbria n. 9 del 29.4.2014, svolge anche le funzioni di Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità (CRAS) ai sensi dell'art. 33 del D.lgs. n. 163/2006 e s.m.i..

La società eroga nei confronti dei propri soci/clienti di front-office presso gli sportelli CUP, anagrafe assistibili, assistenza protesica, ambulatori specializzati che, integrate in un sistema regionale, assicurano ai cittadini l'accesso organizzato ai servizi sanitari e di *back-office*, nonché servizi di Supporto tecnico-amministrativo ed informativi/informatici destinati alle AUSL ed alle Aziende Ospedaliere dell'Umbria.

Le attività svolte da Umbria Salute sono state riconosciute con L.R. n. 9/2014 quali "Servizi di Interesse Generale (SIG)" in quanto preordinati alla tutela della salute e rivolti al pubblico degli assistiti del sistema sanitario regionale. L'attività di Umbria Salute quale Centrale Regionale Acquisti Sanità (CRAS) e Soggetto aggregatore ai sensi e per gli effetti dell'art. 9, comma 1, del D.L.66/2014 rende la Società strumento prioritario di approvvigionamento di beni e servizi del Sistema sanitario Regionale.

Umbria Digitale S.c. a.r.l. con sede in Perugia, Via G.B. Pontani n. 39, C.F./P. e Reg. Impr. PG n. 03761180961 e REA di Perugia n.235052, Cap. Soc. € 4.000.000,00 i. v., è una Società consortile *in house* partecipata dalla Regione Umbria e per il 20 % dalle restanti Amministrazioni pubbliche dell'Umbria, il cui scopo sociale è l'erogazione di servizi di interesse generale per lo sviluppo e la gestione della rete pubblica regionale di cui all'articolo 6 della L.R. n. 31/2013 e dei servizi infrastrutturali della Community Network CNUmbria di cui all'articolo 10 della L.R. n. 8/2011, operando per la produzione di beni e la fornitura di servizi strumentali alle attività istituzionali degli enti pubblici partecipanti in ambito informatico, telematico e per la sicurezza dell'informazione curando, per conto e nell'interesse loro e dell'utenza le attività relative alla manutenzione delle reti locali e delle posizioni di lavoro dei consorziati, configurandosi come Centro Servizi Territoriali che integra i propri processi con quelli dei consorziati. I soggetti pubblici soci della società consortile accedono a tutti i servizi infrastrutturali della CN Umbria e del *Data center regionale* unitario.

Inoltre l'Azienda Ospedaliera possiede una partecipazione indiretta in Umbria Digitale S.c.a.r.l. in quanto Umbria Salute S.c.a.r.l. (di cui l'Azienda Ospedaliera di Terni come sopra indicato possiede il 25 % del capitale) ha una partecipazione al capitale di Umbria Digitale S.c.a.r.l. pari allo 0,002352 %.



L'A.O., facendo seguito alle richieste pervenute dalle Società, ha designato il soggetto che dovrà far parte dell'Unità di controllo della Società al fine di consentire la formazione dell'Unità di controllo.

Il RPC, ha verificato che Umbria Salute S.C.AR.L. ha pubblicato²:

- Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- I dati del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza
- La Relazione del responsabile della prevenzione e della trasparenza
- Obiettivi strategici per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza

Il RPC, ha verificato che Umbria Digitale S.C.AR.L. ha pubblicato³:

- Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- I dati del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza;
- La Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- Obiettivi strategici per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza.

² <http://www.umbriasalute.com/pagine/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza-001>

³ <http://www.umbriadigitale.it/prevenzione-della-corruzione>

6. COINVOLGIMENTO DEGLI ORGANI DI INDIRIZZO

6.1 OBIETTIVI STRATEGICI

I principali obiettivi strategici aziendali si riferiscono sostanzialmente ai seguenti target:

- Miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo dei beni sanitari
- Incremento della complessità della casistica
- Miglioramento appropriatezza della degenza
- Miglioramento esiti ricoveri ospedalieri
- Incidere sul senso di appartenenza e sulla motivazione dei dipendenti creando un buon sistema di comunicazione tra tutti i soggetti dell'Azienda
- Rafforzare, in un'ottica di *accountability*, il rapporto fiduciario con i cittadini, semplificando il rapporto con gli stessi anche attraverso il miglioramento dei processi di ascolto

6.2 COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Ciascun obiettivo strategico è stato successivamente assegnato al/ai Reparto/Servizio con indicazione del relativo indicatore.

Anche per quanto riguarda la trasparenza, essa deve essere assicurata, non soltanto sotto un profilo “statico”, consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati, così come prevista dalla legge, per finalità di controllo sociale, ma sotto il profilo “dinamico” direttamente correlato alla *performance*.

A tal fine la pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico si inserisce strumentalmente nell'ottica di un controllo diffuso che consenta un “miglioramento” dei servizi pubblici erogati dall'azienda. In tale ottica il programma mette a disposizione di tutti i cittadini dati chiave sull'andamento dell'amministrazione con l'obiettivo di consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

I contenuti del Programma Triennale costituiscono, compatibilmente con le risorse a disposizione, gli impegni definiti dalla Direzione aziendale, da perseguire con la temporalità definita negli strumenti di programmazione annuale e con la finalità di consentire ai cittadini una maggiore conoscenza della gestione dell'Azienda, di valutare i risultati raggiunti anche in rapporto alle risorse impiegate.

La valutazione annuale dei risultati conseguiti in materia di trasparenza e di pubblicazione delle informazioni, costituirà un importante riferimento per la valutazione della *performance* degli assetti aziendali e dei responsabili, è dunque, collegata alla corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio del personale.



**AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI**

7. SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni sono:

- a. la Direzione Aziendale;
- b. il Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- c. il Responsabile della Trasparenza
- d. i Referenti per la prevenzione della corruzione;
- e. tutti i Dirigenti e titolari di P.O. per l'area di rispettiva competenza;
- f. il Nucleo di Valutazione Interno (nelle funzioni di O.I.V.) e gli altri organismi di controllo interno;
- g. gli Uffici per i Procedimenti Disciplinari – U.P.D.;
- h. l'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- i. tutti i dipendenti dell'amministrazione;
- l. i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione;
- m. il Responsabile del Centro di Aggiornamento e Formazione del Personale;
- n. il RASA

E' onere e cura del Responsabile della prevenzione della corruzione definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito del PTPC.

7.1 LA DIREZIONE AZIENDALE

La Direzione Aziendale è la prima artefice della Prevenzione della corruzione, assicura il suo fondamentale sostegno all'azione del RPC, anche con interventi diretti e concreti sul RPC stesso e sul restante personale "responsabile" o "referente". In particolare:

- a) designa e supporta il RPC;
- b) adotta il PTPC e i suoi aggiornamenti;
- c) adotta tutti gli atti/documenti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, codice di comportamento, etc.);
- d) garantisce il coordinamento di tutti gli atti adottati dall'Azienda, in primis quelli organizzativi, rispetto al presente piano;
- e) può attivarsi autonomamente o su iniziativa del RPC con azioni dirette alla tutela del presente Piano.

7.2 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è designato dal Direttore generale il quale ha provveduto, come sopra citato, a nominare il Responsabile Aziendale con atto deliberativo n. 99 del 01/02/2019. Il suo nominativo è stato comunicato all'ANAC.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione predispone il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, nonché i relativi aggiornamenti annuali, che sottopone alla Direzione Aziendale per la relativa approvazione.

Al Responsabile competono inoltre le seguenti funzioni:

- definizione di appropriate procedure per selezionare e formare, su proposta dei Referenti e dirigenti, i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;



- verifica dell'attuazione del piano, nonché avanzare proposte di modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nella attività dell'Amministrazione;
- la individuazione, su proposta dei Dirigenti e titolari di PO, del personale che, di volta in volta, deve essere inserito nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- redazione annuale di una relazione che offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PTPC. Le relazioni per gli anni 2014, 2015, 2016 e 2017 sono state predisposte su specifiche schede elaborate dall'ANAC. Le schede sono state pubblicate sul sito aziendale ed allegate ai Piani.

Ad ogni richiesta di dati, chiarimenti, etc., da parte del RPC, deve essere garantita, da tutto il personale, adeguata e tempestiva risposta. Al RPC devono essere tempestivamente fornite informazioni utili alla sua attività tra cui, a titolo di esempio, sentenze, provvedimenti, richieste dell'autorità giudiziaria (o di altra autorità, da cui si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o comunque operante presso l'Azienda) per fatti di natura corruttiva o altri illeciti.

Nel caso in cui, nello svolgimento delle proprie funzioni, il R.P.C. venga a conoscenza di fatti circostanziati che possono presentare:

- una rilevanza disciplinare deve darne tempestiva informazione al Dirigente preposto all'ufficio a cui il dipendente è addetto o al dirigente sovraordinato, se trattasi di dirigente, e agli Uffici per i Procedimenti Disciplinari affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare,
- una responsabilità contabile presenta tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale,
- un'ipotesi di notizia di reato presenta tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia giudiziaria dandone nel contempo informazione all'ANAC. Il RPC, al di là dei compiti e responsabilità postagli in capo dalla normativa nazionale, è il regista della gestione del rischio di corruzione, per attuare le misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, anche secondo specifici monitoraggi.

Con riferimento a quanto evidenziato al punto 4.2 della Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 si precisa che il RPC, così come il Responsabile della Trasparenza, non ha a disposizione alcuna 'struttura di supporto'. Per la verifica delle misure previste dal Piano l'RPC può avvalersi, nell'ambito dell'esercizio delle funzioni, della collaborazione dei referenti degli uffici aziendali e dell'apporto di tutti i Dirigenti/Titolari di PO delle strutture aziendali che concorrono, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici/servizi.

A tal fine si richiama quanto disposto in merito dall'art. 8 del Codice Etico e di Comportamento Aziendale.

Il RPC può effettuare verifiche/controlli, anche ulteriori a quelli previsti dal PTPC, autonomamente o in collaborazione con i Referenti per la prevenzione della corruzione o i Dirigenti/Responsabili individuati di seguito.

Successivamente alla prima rendicontazione sul monitoraggio delle misure di prevenzione (31 maggio) il RPC, se individuate specifiche problematiche, può proporre alla Direzione Aziendale l'adozione di nuove misure o la modifica di quelle in essere.

7.3 REFERENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

In considerazione del carattere complesso della sua organizzazione sanitaria ed amministrativa sono individuati come Referenti per la prevenzione della corruzione i Dirigenti/Responsabili delle strutture semplici e complesse aziendali, nonché degli uffici/servizi non ricompresi nelle stesse. Come precisato dalla delibera ANAC n. 1208 del 22.11.17 in materia di



**AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI**

‘compiti e responsabilità’ dei soggetti che ‘coadiuvano’ l’RPC nella predisposizione ed attuazione delle misure di prevenzione, si richiama la strategicità dei Responsabili delle strutture afferenti l’Area delle Funzioni Centrali, DMPO e SITRO.

I Referenti svolgono in maniera prioritaria i seguenti compiti:

- a) attività informativa nei confronti del RPC, affinché questi abbia elementi e riscontri sull’intera organizzazione ed attività dell’amministrazione, di costante monitoraggio sull’attività svolta dai dirigenti e personale assegnato;
- b) concorrono con il RPC all’individuazione delle aree a più elevato rischio di corruzione ed alla individuazione dei dipendenti da formare;
- c) partecipano al processo di gestione del rischio;
- d) osservano le misure contenute nel PTPC, garantiscono e verificano gli adempimenti, di propria competenza, previsti dal Piano e sono responsabili della effettuazione e verifica degli adempimenti, di propria competenza, previsti dal Piano;
- e) collaborano con il RPC alla programmazione ed attuazione dei piani di controllo a campione.

7.4 DIRIGENTI E TITOLARI DI PO

Tutti i Dirigenti e titolari di PO (area sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa) per quanto di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dei Referenti e dell’autorità giudiziaria nonché degli Uffici dei Procedimenti Disciplinari;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione;
- d) assicurano l’osservanza, da parte del personale assegnato, del Codice Etico e di Comportamento Aziendale e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l’avvio di procedimenti disciplinari (ove competenti), la sospensione e rotazione del personale la dove possibile;
- f) osservano le misure contenute nel PTPC, garantiscono e verificano gli adempimenti, di propria competenza, previsti dal Piano;
- g) propongono al RPC ed al Centro di formazione i nominativi del personale da formare.

7.5 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

Con riferimento al D.P.R. 9 maggio 2016 n.105, la valutazione indipendente della performance è assicurata in ogni amministrazione pubblica dall’organismo indipendente di valutazione di cui all’articolo 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009.

L’organismo indipendente di valutazione svolge le funzioni e le attività di cui all’articolo 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009 con l’obiettivo di supportare l’amministrazione sul piano metodologico e verificare la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale. Verifica, inoltre, che l’amministrazione realizzi nell’ambito del ciclo della performance un’integrazione sostanziale tra programmazione economico-finanziaria e pianificazione strategico-gestionale. Ai fini della valutazione della performance organizzativa, promuove l’utilizzo da parte dell’amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti.

L’Organismo indipendente di valutazione è costituito da un organo monocratico ovvero collegiale composto da 3 componenti. I componenti dell’organismo indipendente di valutazione sono nominati da ciascuna amministrazione, singolarmente o in forma associata, tra i soggetti



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

iscritti all'Elenco nazionale dei componenti degli organismi indipendenti di valutazione, tenuto dal Dipartimento.

7.6 UFFICI PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

Nell'Organizzazione dell'Azienda Ospedaliera S. Maria sono previsti tre Uffici per i Procedimenti Disciplinari: uno per la Dirigenza Medica, uno per quella PTA, ed uno per il Personale del Comparto, con i seguenti compiti:

- a) svolgono i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- b) provvedono alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- c) propongono l'aggiornamento del Codice Etico e di Comportamento Aziendale;
- d) relazionano annualmente (di norma entro il 5 dicembre) al RPC sull'attività svolta (numero di violazioni segnalate e contestate, numero dei procedimenti attivati, conclusi o archiviati).

7.7 UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Il lavoro dell'Ufficio verrà annualmente rappresentato con apposita relazione che ha l'intento di fornire non solo un quadro articolato dell'attività ma anche una evidenziazione delle criticità rispetto ai problemi emersi ed eventuali azioni migliorative seguite ai reclami. L'Ufficio affronta e rappresenta l'attività di gestione dei reclami, delle segnalazioni e degli encomi, privilegiando il grado di soddisfazione del cittadino in un'ottica di imparzialità ed eguaglianza. Tutto ciò rappresenta un'efficace strumento anche per combattere l'inefficienza ed il malfunzionamento dell'Azienda ed in definitiva ogni eventuale possibile fenomeno corruttivo. La gestione delle problematiche che si vengono ad evidenziare a seguito di reclami o segnalazioni vedono evidentemente coinvolti più livelli organizzativi, anche di carattere trasversale. Tra gli aspetti maggiormente sensibili e scandagliati dall'URP si ricordano quelli burocratico amministrativi, organizzativi e dei tempi d'attesa. Ai reclami/segnalazioni presentati, consegue nella maggior parte dei casi una approfondita attività istruttoria da parte dell'URP stesso che oltre ad essere di utilità per la risoluzione dei singoli casi prospettati serve anche alla Direzione Aziendale per verificare i punti di caduta dell'organizzazione e degli operatori nell'attività di pertinenza.

In considerazione pertanto di quanto sopra e fermo restando la presentazione della relazione annuale alla Direzione Aziendale, il Responsabile URP:

- a) partecipa al processo di gestione del rischio;
- b) considera ed evidenzia i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento della propria attività ;
- c) propone annualmente, entro il mese di novembre di ciascun anno, modifiche e miglioramenti del P.T.P.C., sulla scorta delle risultanze emerse a seguito dei reclami e/o segnalazioni pervenute.

Resta evidente che l'eventuale emersione di formali problematiche in materia verranno immediatamente segnalate dall'URP all'RPC ed al Dirigente/Responsabile del Servizio interessato per la loro immediata risoluzione.



7.8 RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RDP)

Il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016⁷ relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati) (di seguito RGPD), in vigore dal 24 maggio 2016, e applicabile a partire dal 25 maggio 2018.

Il predetto Regolamento istituisce e disciplina, tra l'altro, la figura del RDP (Responsabile della protezione dei dati (artt. 37-38-39 GDPR).

La nomina del RDP è obbligatoria quando il trattamento dei dati è effettuato da un'Autorità o organismo pubblico o quando le principali attività del Titolare consistono nel trattamento di particolari categorie di dati personali (sanitari, giudiziari, genetici...ecc); le predette disposizioni prevedono che il RPD può essere “ un dipendente del Titolare o del Responsabile del trattamento oppure assolvere i suoi compiti in base ad un contratto di servizi” (art. 37 paragrafo 6) e deve essere individuato “in funzione delle qualità professionali, in particolare della conoscenza specialistica della normativa e della prassi in materia di protezione dei dati, e della capacità di assolvere i compiti di cui all'articolo 39” (art. 37 paragrafo 5) e “ il livello necessario di conoscenza specialistica dovrebbe essere determinato in base ai trattamenti di dati effettuati e alla protezione richiesta per i dati personali trattati dal Titolare del trattamento o dal responsabile del trattamento.

L' Azienda Ospedaliera “ S. Maria” di Terni con Deliberazione del Direttore Generale n.422 del 22.5.2018 ha designato la dott.ssa Giuseppina Ferraro, titolare di P.O. in servizio presso Ufficio affari legali, in possesso dei requisiti previsti, Responsabile della Protezione dei dati con decorrenza dalla data di adozione del citato atto.

L'art. 39 del citato Regolamento Europeo stabilisce i compiti del Responsabile della Protezione dei dati come di seguito riportati:

- informare e fornire consulenza al titolare del trattamento o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal presente regolamento nonché da altre disposizioni dell'Unione o degli Stati membri relative alla protezione dei dati;
- sorvegliare l'osservanza del presente regolamento, di altre disposizioni dell'Unione o degli Stati membri relative alla protezione dei dati nonché delle politiche del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento in materia di protezione dei dati personali, compresi l'attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo;
- fornire, se richiesto, un parere in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati e sorvegliarne lo svolgimento ai sensi dell'articolo 35;
- cooperare con l'autorità di controllo;
- fungere da punto di contatto per l'autorità di controllo per questioni connesse al trattamento, tra cui la consultazione preventiva di cui all'articolo 36, ed effettuare, se del caso, consultazioni relativamente a qualunque altra questione.

Nell'eseguire i propri compiti il responsabile della protezione dei dati considera debitamente i rischi inerenti al trattamento, tenuto conto della natura, dell'ambito di applicazione, del contesto e delle finalità del medesimo.



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

7.9 TUTTI I DIPENDENTI/COLLABORATORI DELL'AMMINISTRAZIONE

La prevenzione della corruzione deve essere un'azione sinergica di tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Azienda, indipendentemente dal ruolo ricoperto. La grande maggioranza degli operatori lavora a contatto con il pubblico e pertanto ognuno contribuisce sostanzialmente alla costruzione dell'immagine dell'Azienda, sia in positivo, ed occorrono anni per edificarla, che in negativo, basta poco per danneggiarla gravemente. E' chiaro che la diffusione fra tutti gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati rivestono un'estrema importanza.

Ogni dipendente deve:

- a) partecipare al processo di gestione del rischio;
- b) osservare le misure contenute nel PTPC e nel Codice Aziendale;
- c) segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o all'UPD o al RPC;
- d) segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 *bis* l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale);
- e) segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPC l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- f) tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

Ogni collaboratore deve:

- a) osservare le misure contenute nel PTPC;
- b) segnalare le situazioni di illecito.

7.10 RESPONSABILE DEL CENTRO DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE DEL PERSONALE

Data la particolare attenzione che il PNA pone sulla formazione del personale, in particolar modo per quello che opera nelle aree a maggior rischio, si ritiene opportuno sottolineare l'importanza della collaborazione di questa figura con il RPC, per individuare in tema di anticorruzione:

- il collegamento tra la formazione specifica sull'anticorruzione e settoriale e il programma annuale della formazione;
- i criteri per scegliere i soggetti che erogano la formazione;
- i contenuti della formazione;
- i canali e gli strumenti di erogazione della formazione.

Rimane in capo al Centro di Formazione l'organizzazione e la gestione dei corsi anche in collaborazione con la Scuola Umbra di Pubblica Amministrazione



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

8. MISURE IN ATTO PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO

8.1 ANAGRAFE UNICA DELLE STAZIONI APPALTANTI-AUSA

In considerazione dell'art 33 -ter, comma 1 del decreto legge 179/2012, inserito dalla legge di conversione n. 221/2012, che prevede l'istituzione dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti presso l'Autorità, nell'ambito della Banca Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), di cui all'art. 62 -bis del D.lsg. n.82/2005 Codice dell'Amministrazione Digitale, tenuto conto che ogni stazione appaltante è tenuta a nominare un soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento ed aggiornamento annuale dei dati presenti in anagrafica, l'A.O. S. Maria ha ottemperato a tale obbligo procedendo, con atto deliberativo n. 398 del 19.5.2016, a nominare propria responsabile la Dott.ssa Cinzia Angione.

8.2 INDIVIDUAZIONE GESTORE DELLE SEGNALAZIONI NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO

L' Art. 35 del Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n.231 impone ad un'ampia platea di soggetti ("soggetti obbligati") di portare a conoscenza della Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UFI) mediante l'invio di una segnalazione di operazioni sospette, le operazioni per le quali "sanno, sospettano o hanno motivi ragionevoli per sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo o che comunque i fondi, indipendentemente dalla loro entità, provengano da attività criminosa".

L'A.O. ha individuato l'Ufficio "SC Economico Finanziario" per gli adempimenti previsti dalla suddetta normativa.

8.3 ROTAZIONE DEL PERSONALE

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a maggior rischio. La ratio delle previsioni normative ad oggi emanate è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo dipendente tratti lo stesso tipo di procedimento per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi interlocutori.

Al fine di contrastare eventuali possibili fenomeni corruttivi nei casi in cui risultasse critico procedere con la rotazione, si cercherà di rafforzare le misure di prevenzione della corruzione sui processi nei quali è previsto il loro coinvolgimento.

In tema di rotazione dei dirigenti e funzionari addetti soprattutto alle aree a più elevato rischio di corruzione, l'A.O., laddove ne avesse la possibilità soprattutto grazie ad un preventivo "rafforzamento" della dotazione organica del personale amministrativo, si impegna ad attuarla nei limiti e alle condizioni che oggettivamente lo consentono, visti anche i contenuti dell'intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita in data 24 luglio 2013 ed alla luce delle considerazioni contenute nel PNA 2016, tenuto conto che detta rotazione deve avvenire considerando le specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione, conformemente alle condizioni organizzative dell'azienda.

Pur tuttavia verrà messa in campo ogni azione utile allo scopo in adeguamento della normativa di che trattasi. Resta pertanto fermo il principio che di norma la rotazione del personale viene valutata alla naturale scadenza dell'incarico dirigenziale o di responsabilità conferito (posizioni organizzative e coordinamenti), almeno nelle aree a più elevato rischio di corruzione, nel rispetto delle norme contrattuali e degli accordi sindacali. Bisogna però tenere conto anche del fatto che la specificità dell'attività espletata non rende sempre possibile applicare il principio. Percorsi formativi specifici, competenze marcatamente differenziate, maturazione diversificata di esperienze lavorative, esiguità di personale, professionalità ad alta specializzazione ecc. sono tutti fattori



ostativi in campo sanitario al principio di che trattasi. Pertanto per ovviare a tale inconveniente si cercherà, laddove possibile, di prevedere periodi di compresenza e/o percorsi formativi specifici.

Strumenti alternativi ed ulteriori, quali misure di pubblicazione di atti, rilascio di dichiarazioni, etc., sono comunque già stati introdotti con i precedenti Piani; nell'area a rischio Contratti pubblici si procede da anni alla rotazione dei RUP ed alla 'segregazione delle funzioni' con l'adozione di uno specifico regolamento. Inoltre una significativa misura di prevenzione, già in essere dal 2014, è stata la creazione dell'Ufficio Unico di Liquidazione delle fatture, istituito autonomamente rispetto alle strutture dedicate all'espletamento delle procedure di gara per la fornitura di beni, servizi e lavori.

Per quanto riguarda la rotazione "straordinaria", è disposta in presenza di avvio di procedimento disciplinare a carico dei dipendenti, per fatti di natura corruttiva. In tale ipotesi, per il personale dirigenziale si può procedere con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del D.Lgs. n. 165 del 2001; mentre per il personale non dirigenziale si può procedere all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. L quater. Nel caso in cui sussista l'impossibilità oggettiva e motivata di rotazione, l'Ente adotterà in ogni caso, misure "rinforzate" sui processi in questione, quali l'introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni", con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di:

- svolgere istruttorie ed accertamenti;
- adottare decisioni;
- attuare decisioni prese;
- effettuare verifiche.



8.4 CONFERIMENTO INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

Gli incarichi retribuiti a dipendenti sono conferiti o autorizzati dalla Direzione Aziendale (o suo delegato).

Ai fini dell'autorizzazione, l'A.O. verifica l'insussistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse. La richiesta di autorizzazione da parte del dipendente è corredata dalla dichiarazione sul conflitto di interesse e sulla incompatibilità, ambedue valutate dal gerarchicamente sovraordinato del dipendente.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti⁴; in questi casi, l'amministrazione - pur non essendo necessario il rilascio di una formale autorizzazione - deve comunque valutare tempestivamente l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunicare al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico.

Gli incarichi a titolo gratuito da comunicare all'amministrazione sono solo quelli che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità che lo caratterizza all'interno dell'amministrazione di appartenenza.

⁴ Art.53 comma 12 D.Lgs. 165/2001.



9. MISURE SPECIFICHE ULTERIORI

9.1 GOVERNO LISTE D'ATTESA

Per i **ricoveri programmati** oggetto di monitoraggio indicati nell'elenco al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è quello previsto dalla classe di priorità indicata nella prescrizione. Le classi di priorità d'accesso previste nella nostra Regione, in linea con le indicazioni del PNGLA 2019-2021, sono:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

In materia di **liste di attesa ricoveri ed interventi chirurgici**, l'Azienda Ospedaliera ha messo a regime il modello di Preospedalizzazione centralizzata (Deliberazione del Direttore Generale n. 244 del 17.3.2017) che, a partire dall'8 gennaio 2018, coinvolge tutte le unità operative dell'A.O. che effettuano prestazioni chirurgiche programmate.

Con la messa a regime della Preospedalizzazione centralizzata la gestione dello scorrimento delle liste d'attesa delle singole specialità è garantita dall'Ambulatorio di preospedalizzazione nel rispetto dell'ordine cronologico di inserimento in lista d'attesa del paziente e della classe di priorità assegnata dal Dirigente medico al momento della visita (secondo le modalità previste dalla Conferenza Stato Regioni dell'11 luglio 2002 e riportate nella Deliberazione del Direttore Generale n. 593 del 12 luglio 2016); tale modello organizzativo/gestionale ha l'obiettivo di efficientare il percorso chirurgico ma anche di garantire una maggiore tracciabilità e trasparenza del suddetto processo 'Liste di attesa ricoveri ed interventi chirurgici', assicurando una maggiore equità per il Paziente in termini di accesso alle cure.

In quest'ottica, è in programma nell'anno 2021, la pubblicazione on-line sul sito aziendale delle liste d'attesa per ricoveri da parte della Direzione Sanitaria.

In materia di **Specialistica ambulatoriale**, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 610 del 6 maggio 2019 è stato approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021 dopo aver recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) relativo allo stesso triennio.

Il **programma attuativo** dell'AO "S.Maria" di Terni tiene conto di quanto stabilito in sede di tavolo interaziendale che ha indicato alcune azioni prioritarie quali:



- necessità della gestione dei Piani Terapeutici nell'ambito delle seguenti branche specialistiche: Cardiologia, Reumatologia, Oncologia, Ematologia e Onco-ematologia, dove si rende necessario individuare percorsi ad hoc per i piani terapeutici.
- offerte concordate con il Distretto di Terni per gli esami di endoscopia digestiva e diagnostica per immagini (per la RMN deve essere considerato anche il distretto di Narni-Amelia) in quanto l'Azienda Ospedaliera deve riservare il 70-80 % delle prestazioni ai Ricoverati e alla gestione dei percorsi di tutela e di II livello .
- concordare l'offerta di alcune prestazioni "critiche" come Visita Dermatologica, Visita Fisiatria, Visita Reumatologica, Visita Pneumologica, EMG, Ecografia, Prestazioni diagnostiche cardiologiche assicurando i tempi di attesa per i primi accessi e per consentire la gestione dei percorsi di tutela e di II livello.
- Consulenze specialistiche concordate con possibilità di interscambio regolate da apposita Convenzione.
- Attivazione del programma interaziendale per il Distretto di Terni già presentato dalla breast unit.
- Format interaziendale per la pubblicazione dei tempi di attesa

Tutte le prestazioni soggette a prescrizione RAO, il tempo massimo di attesa che l' Azienda deve garantire è quello previsto dalla classe di priorità indicata nella prescrizione. Per tutte le altre prestazioni non soggette a RAO il tempo massimo di attesa da garantire è di 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami strumentali.

Il tempo massimo di attesa che l'AO di Terni garantisce è il tempo indicato dal medico prescrittore sulla ricetta SSN; pertanto la garanzia dei tempi massimi di attesa è assicurata nell'AO o nel distretto di appartenenza. Quando la prestazione non è prevista o non è possibile , l'erogazione richiesta dovrà essere assicurata nell'AO o distretto più vicini a quello di assistenza ,nei quali naturalmente è prevista e possibile l'erogazione della prestazione. A tal fine è stata redatta una mappa per individuare in base alla residenza dell'utente l'ambito di assistenza primario in cui deve essere garantito il tempo massimo per l'erogazione della prestazione.

Per garantire il tempo massimo di attesa e la libera scelta del Paziente negli incontri interaziendali presso il competente ufficio Regionale si è definito un apposito iter che rispetta determinate regole

Sempre nell'ambito delle liste d'attesa in senso lato, un ruolo importante è rivestito dall' ALP. La libera professione medica intramuraria è regolamentata da un complesso di norme legislative e contrattuali che la connotano quale diritto dei professionisti sanitari operanti nel Servizio Sanitario Nazionale ed opportunità per gli utenti dello stesso, che effettuano la scelta del medico dal quale ottenere prestazioni sanitarie a pagamento.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 639 del 31.07.2014 è stato adottato il Regolamento aziendale che disciplina la libera professione intramuraria, sulla base dell'atto di indirizzo regionale di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 07.04.2014, n.372.

Dal 2018 il controllo, di II livello, volto a verificare che l'attività libero professionale venga svolta al di fuori del normale orario di servizio viene effettuato su tutti i sanitari interessati. Qualsiasi irregolarità comporta l'attivazione dell'iter previsto dalle normative vigenti.

Per quanto riguarda il controllo dei volumi questi vengono rilevati dal Controllo di gestione e dal CUP e, una volta analizzati dalla Direzione Sanitaria, vengono trasmessi dapprima ai Direttori delle Strutture interessate e poi alla Commissione paritetica di garanzia dell'A.O. Comunicati i risultati le eventuali anomalie vengono immediatamente corrette, con adeguate misure, dai Direttori delle Strutture, ovvero questi devono provvedere all'allineamento delle prestazioni intramurarie con quelle istituzionali o in alternativa con la cessazione di tutte le attività libero professionali.



9.2 SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Le modalità da osservarsi nella conduzione delle sperimentazioni cliniche, sia di tipo interventistico che non interventistico, sono state approvate con regolamento aziendale di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 165 del 14.3.2011.

Il regolamento prevede, tra l'altro, che i compensi corrisposti dai promotori (nel caso di sperimentazione *profit* a conduzione ospedaliera) vengano versati all'Azienda Ospedaliera e destinati all'alimentazione dei fondi previsti dalla normativa regionale, detratti i costi che l'Azienda sostiene per la conduzione della sperimentazione e per il coordinamento generale.

L'utilizzo dei fondi da parte delle UU.OO/Servizi avviene secondo le procedure aziendali vigenti per la partecipazione ad attività di formazione, acquisto di supporti bibliografici e di attrezzature, organizzazione di incontri scientifici e congressi, istituzione di borse di studio, finanziamento di ricerche indipendenti.

Gli sperimentatori che intendono condurre una ricerca sono tenuti a presentare:

1. all'Azienda Ospedaliera una dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti redatta sul modello predisposto dall'AGENAS (allegato al presente Piano);
2. al CEAS (Comitato Etico Aziende Sanitarie) della Regione Umbria una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi dello sperimentatore sullo specifico studio clinico da approvare.

Con cadenza semestrale, i Direttori dei servizi interessati, predispongono report sullo stato degli studi avviati ed in corso da trasmettere al Direttore Sanitario.

È in programma nell'anno 2021, l'aggiornamento dello specifico regolamento finalizzato ad un miglioramento in termini di efficienza e trasparenza delle procedure e dell'utilizzo dei fondi.

9.3 FARMACI, DISPOSITIVI

Per quanto attiene al settore dei farmaci, presso l'Azienda Ospedaliera è presente, da alcuni anni, il sistema di dispensazione della terapia al paziente in dose unitaria.

L'uso della dispensazione del farmaco in dose unitaria ha un impatto positivo sulla riduzione degli errori di terapia azzerando il rischio clinico correlato, nonché una drastica diminuzione delle scorte dei farmaci presso i magazzini dei reparti.

L'introduzione del 'braccialetto elettronico' al polso del paziente, avvenuta nell'anno 2015, permette anche di verificare la corretta e avvenuta somministrazione della terapia giornaliera al letto del paziente.

Va inoltre sottolineato che il processo dell'acquisizione dei farmaci discende da una gara regionale centralizzata, e che l'inserimento dei principi attivi presso la nostra Azienda è frutto dell'immissione degli stessi nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero.

Una apposita commissione, deliberata, valuta l'introduzione dei principi attivi già precedentemente approvati e inseriti nel Prontuario Terapeutico Regionale.

Le richieste di approvvigionamento provenienti dai reparti di farmaci e dispositivi è informatizzata, così come per i dispositivi medici di alto costo è stata introdotta una specifica procedura informatizzata che 'scarica' al singolo paziente del blocco operatorio i dispositivi utilizzati per l'intervento chirurgico effettuato. Questo sistema rende possibile la completa tracciabilità del dispositivo usato essendo stato lo stesso precedentemente 'barcodato' con una etichetta che contiene le indicazioni del prodotto, della scadenza e del lotto.

9.4 PATTI DI INTEGRITÀ

In attuazione dell'art.1 comma 17 della L. 190/2012 l'A.O. predispone ed utilizza patti d'integrità quale misura di prevenzione alla corruzione.

Il Patto d'integrità rappresenta un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante per la partecipazione dei



concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni nel caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta in sintesi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti ed il personale dell'Azienda Ospedaliera.

L'Azienda Ospedaliera in tutte le procedure di acquisizione di beni, servizi e lavori richiede a tutti i partecipanti la sottoscrizione e trasmissione del Patto d'integrità (allegato al presente PTPC). Inoltre in tutti i bandi e/o avvisi e/o lettere d'invito e/o capitolati di gara viene inserita una specifica 'clausola risolutiva del contratto' a favore dell'Azienda Ospedaliera in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nel Patto di integrità.

9.5 SISTEMA DI CONTROLLO DI GESTIONE

Tra le procedure operative che delineano il processo di budget annuale, di particolare importanza è il sistema di assegnazione e controllo dei budget dei centri di risorsa, intendendosi con tale accezione tutte le strutture o uffici aziendali deputati all'acquisizione di risorse.

Tale sistema consta di una rilevazione analitica, per ciascun centro di risorsa e ciascuna posizione finanziaria, delle singole motivazioni che giustificano l'acquisizione di particolari beni, servizi, lavori o altre utilità.

Al riguardo sono state create delle schede per ciascun centro di risorsa nelle quali per ogni posizione finanziaria vengono elencate le motivazioni che inducono i processi di spesa, specificate in distinte righe di dettaglio per ogni rapporto contrattuale.

Il sistema di budget prevede ad inizio anno che il responsabile di ciascun centro di risorsa, secondo le esigenze di utilizzo annuali previste in merito alle risorse di propria competenza, elabori una proposta dettagliata delle motivazioni di acquisizione dei beni o servizi con il relativo fabbisogno economico.

Le proposte inoltrate dai centri di risorsa vengono poi esaminate dalla Direzione Aziendale e discusse durante gli incontri di negoziazione dei budget, previsti di norma nel mese di gennaio.

A conclusione di tali incontri vengono firmate le schede di budget da parte del Direttore Generale e del responsabile del centro di risorsa, che da tale momento in poi divengono lo strumento di base rispetto al quale organizzare e coordinare i processi di spesa nel corso dell'esercizio annuale.

Sono comunque possibili delle variazioni rispetto a quanto concordato qualora sopravvengano delle esigenze inderogabili durante l'anno; tali variazioni dovranno naturalmente essere verificate e approvate dalla Direzione Aziendale.

Il sistema analitico appena descritto consente di disporre di strumenti di conoscenza e controllo in grado di supportare la prevenzione di eventuali fenomeni corruttivi in quanto viene ridotta notevolmente la discrezionalità dei responsabili dei centri di risorsa rispetto ai processi di acquisizione delle risorse in particolare sulle quantità.

Le singole righe di dettaglio presenti in ciascuna scheda a volte già vanno a definire il singolo contratto, esercitando quindi in tal caso un'azione dirimente rispetto all'oggetto del bene o servizio da acquisire e nel contempo ponendo anche un limite alla spesa da affrontare.

Accanto al processo di budget relativo ai centri di risorsa, il sistema di controllo di gestione aziendale prevede anche l'articolazione dei budget da assegnare ai singoli centri di attività, intendendosi con tale accezione tutte le strutture deputate all'erogazione di attività di ricovero o specialistica ambulatoriale.



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

Ad ogni centro di attività vengono assegnati obiettivi di natura economica relativi sia ai ricavi prodotti sia ai costi di specifici fattori produttivi, il cui livello di utilizzo dipende dalle decisioni assunte dal personale afferente la struttura.

Tra i fattori produttivi il cui volume di utilizzo è da concordare con i centri di attività, particolare importanza assumono i beni sanitari, sia in relazione all'entità della spesa sia per quanto riguarda la diretta influenza dei professionisti in merito alle scelte sui consumi.

Il processo di budget prevede anche in questo caso, ad inizio anno, la fase di proposta, da parte del responsabile della struttura del valore economico previsto dei costi annuali, seguita dalla fase di negoziazione nella quale la Direzione Generale, una volta esaminate le proposte, assegna un budget economico annuale a ciascun centro di attività.

Rilevante importanza ai fini del controllo del bilancio assume il monitoraggio mensile dei costi, mediante il quale è possibile repentinamente individuare eventuali scostamenti nel loro andamento rispetto a quanto programmato.

Una tale tipologia di controllo risulta efficace anche nell'individuazione di impieghi anomali di articolari prodotti, consentendo in tal modo di evidenziare potenziali situazioni di rischio in particolari aree (es. Sale Operatorie).

Con la Deliberazione del Direttore Generale n.1083 del 22/12/2016 sono state approvate le note operative per la realizzazione del Progetto di Pianificazione e Controllo (Pi. Co.) il quale prevede la strutturazione di un sistema aziendale di raccordo tra gli strumenti di pianificazione ed il budget dei Centri di Responsabilità ed individua, in relazione alle Unità Organizzative inserite nel Piano dei Centri di Responsabilità, i risultati da conseguire, le attività da svolgere e le risorse assegnate. Il suddetto progetto prevede l'introduzione di tre Tavoli operativi - un Tavolo Strategico, un Tavolo Gestionale ed, infine, un Tavolo delle Risorse - che sono chiamati ad operare al fine di assicurare sia il processo di budget che il monitoraggio continuo degli obiettivi da perseguire ed il bilancio.

Tale sistema viene ribadito, con lievi modifiche, nella Deliberazione del Direttore Generale n. 959 del 19/10/2018 avente come oggetto "Regolamento del Sistema della Performance".

Secondo quanto previsto dalle suddette note operative, il Tavolo Strategico (TS) è composto da: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Controllo di Gestione, Bilancio, Farmacia, Professioni Sanitarie e Staff Qualità. I primi incontri del TS si sviluppano in due momenti: il primo in cui vengono aggiornate la Mission e la Vision aziendale, individuati i macro-obiettivi (con cadenza triennale e/o declinazione annuale), delineate le linee generali inerenti il budget, i grandi investimenti ed il piano delle assunzioni, analizzato l'andamento economico/gestionale dell'esercizio in chiusura ed esaminati gli obiettivi predisposti a livello nazionale e regionale. D'altro canto, il secondo momento prevede l'integrazione del gruppo con il Collegio di Direzione e, in tale sede, la Direzione e lo Staff illustrano ai presenti quanto concordato nella prima parte della riunione ed i Capi dipartimento presenti illustrano i loro suggerimenti e/o nuovi progetti. A seguire, il TS prende decisioni in merito agli argomenti discussi e dà mandato al Tavolo Gestionale (TG) e delle Risorse (TR) di procedere alla programmazione e gestione dei budget dei Centri di Attività e Risorsa. Una volta avvenuta la negoziazione dei budget, il TS si riunisce con cadenza mensile al fine di analizzare il lavoro svolto dai suddetti tavoli, esaminare il cruscotto direzionale e richiedere ulteriori informazioni in merito ad attività o ad indicatori non in linea con quanto programmato. Infine, nell'anno di esercizio successivo a quello preso in esame il TS esamina e convalida i risultati dei processi di budget gestiti da TR e TG e li trasmette alla P.O. Relazioni Sindacali per la predisposizione della Relazione sulla Performance da sottoporre al Nucleo Interno di Valutazione.

Il Tavolo Gestionale è composto da: Direttore Sanitario, che svolge la funzione di coordinatore, Controllo di Gestione, Farmacia, Professioni Sanitarie e Staff Qualità. Alla luce di quanto definito dal TS e alla luce dell'andamento dell'attività nell'esercizio dell'anno precedente, il TG si occupa della programmazione e gestione del processo di budget dei Centri di Attività, del Comparto



Sanitario e dei Centri Sanitari di Supporto. Alla fase di negoziazione del budget partecipano anche il Direttore Generale ed il Direttore Amministrativo. Le successive riunioni vengono svolte con cadenza mensile e perseguono la finalità di analizzare l'andamento dell'attività e di individuare le ragioni di eventuali criticità emerse rispetto a quanto negoziato. Se ritenuto necessario, il TG potrà delegare ad alcuni dei suoi componenti il compito di eseguire precisi approfondimenti al riguardo. Nell'anno di esercizio successivo a quello preso in esame, il TG elabora i risultati dei processi di budget gestiti, li valida e li trasmette al TS.

Il Tavolo delle Risorse è composto da: Direttore Amministrativo, che svolge la funzione di coordinatore, Controllo di Gestione, Bilancio e Responsabili dei Centri di Risorsa. Le prime riunioni del suddetto tavolo sono finalizzate alla costruzione del bilancio di previsione (secondo le indicazioni fornite dal TS e in base alle proposte avanzate dai Centri di Risorsa) ed alla gestione del processo di assegnazione degli obiettivi ai Centri Amministrativi. Il processo di negoziazione seguirà i percorsi vigenti in Azienda. Le successive riunioni vengono svolte con cadenza mensile e sono finalizzate ad analizzare l'andamento dei costi, ad individuare possibili criticità e, se necessario, a revisionare i budget assegnati con conseguente aggiornamento del bilancio di previsione. Nell'anno di esercizio successivo a quello preso in esame, il TR elabora i risultati dei processi di budget gestiti, li valida e li trasmette al TS.

Del lavoro svolto dai tre tavoli e delle conclusioni emerse in seguito ad ogni riunione viene data evidenza in appositi verbali. Inoltre, i verbali del TG e del TR vengono trasmessi al TS.

A seguire viene presentato il cronoprogramma delle attività sopra descritte.

CRONOGRAMMA Pi. Co.	
Novembre-Dicembre anno precedente	Incontro 1 TS: definizione e aggiornamento mission, vision, macro obiettivi aziendali, obiettivi di budget, grandi investimenti, piano assunzioni
	Incontro 2 TS con partecipazione dei membri del Collegio di Direzione. Condivisione dei contenuti ad oggetto della prima riunione, proposte del Collegio di Direzione, indicazioni rivolte al TG e al TR in merito alle linee di indirizzo da seguire nella gestione dei processi di budget di centri di attività e centri di risorsa
Gennaio anno in corso	Negoziazione budget centri di attività. Assegnazione degli obiettivi del Comparto Sanitario. Assegnazione degli obiettivi ai Centri Sanitari di Supporto. Negoziazione budget Centri di Risorsa. Assegnazione degli obiettivi ai Centri Amministrativi.
Febbraio anno in corso	Aggiornamento del Bilancio di Previsione
Marzo-Dicembre anno in corso	Riunioni mensili TS, TR, TG
Febbraio-Giugno anno successivo	Elaborazione dei risultati dei processi di budget gestiti da TG e TR Trasmissione risultati al TS Esame e convalida dei risultati da parte del TS Trasmissione dei risultati alla P.O. Relazioni Sindacali per la predisposizione della Relazione sulla Performance



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

9.6 SISTEMA DI CONTABILITÀ GENERALE E CERTIFICAZIONE DI BILANCIO

Con il Patto per la salute 2010-2012 è stato dato avvio ad un vero e proprio percorso verso la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie inteso come processo di accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili e dei dati contabili.

Successivamente con la promulgazione del D.lgs. 118/2011 e del decreto ministeriale dell'11 settembre 2012, il legislatore, basandosi sulle sperimentazioni avvenute in passato in diverse Regioni, ha applicato all'obiettivo della certificabilità dei bilanci e dei dati contabili lo strumento della "revisione contabile" inteso come sistema di organizzazione di controlli interni aziendali e regionali, volto a garantire la condizione di sottoporre le aziende alle verifiche per la certificazione.

La Regione Umbria, in applicazione del DM 1 marzo 2013, ha adottato il proprio Percorso Attuativo della Certificabilità meglio descritto negli atti di seguito elencati:

- DGRU n. 662 del 24/6/2013
- DGRU n. 1785 del 29/12/2014
- DGRU n. 767 del 29/06/2015
- DGRU n. 1180 del 17/10/2016

Nel periodo di attuazione del PAC, le aziende sanitarie, la GSA ed il Consolidato si sono dotati di specifiche procedure sulle principali aree di bilancio. Considerato che le procedure del progetto PAC sono redatte, secondo un format standard, dalle competenti strutture aziendali e che la produzione, la fascicolazione, la diffusione e la conservazione delle procedure deve rispettare gli obblighi previsti dal DPCM 13/11/2014 per la realizzazione degli obiettivi di efficienza, efficacia, economicità, imparzialità, trasparenza, semplificazione e partecipazione, l'azienda ospedaliera S. Maria di Terni, con delibera n. 760 del 20 settembre 2016, ha adottato un sistema di gestione delle procedure con documenti informatici con firma digitale che consente l'adozione delle procedure da parte dei responsabili delle strutture aziendali, l'approvazione da parte della direzione, la trasmissione al Collegio sindacale, la distribuzione agli operatori, la conservazione e l'aggiornamento.

La verifica della relativa attuazione viene svolta dal Tavolo ministeriale di verifica degli Adempimenti in occasione del monitoraggio ordinario regionale; in data 3 agosto 2017 il Tavolo Adempimenti ha dichiarato la Regione Umbria adempiente consentendo di "...accedere all'erogazione della quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali di cui all'art. 2, comma 68, lettera c) della Legge 23 dicembre 2009, n. 191 per l'anno 2015".

Tra le diverse azioni previste, in risposta al raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello ministeriale, la Regione Umbria ha ritenuto attivare le revisioni limitate (c.d. agreed upon procedure) delle aree e degli obiettivi previsti dal piano, a cura del Collegi aziendali delle Aziende e della Regione. In questo contesto, tali revisioni limitate consistono in una duplice fase di verifica da parte dei Collegi sindacali: una prima fase consiste nel controllo documentale (analisi delle procedure e compilazione checklist di controllo) e una seconda fase di verifica (c.d. sul campo) finalizzata alla espressione anche "...proposte e suggerimenti per il miglioramento del loro funzionamento" (vedasi DGRU 767/2015).

A livello aziendale il Collegio sindacale, a seguito di quanto sopra esposto, ha preso visione delle procedure redatte dall'Azienda Ospedaliera nell'ambito del progetto e da questa trasmesse alla Regione; le procedure PAC sono state oggetto di controllo mediante apposite 'checklist' redatte sulla base di schemi condivisi con gli altri Collegi sindacali delle aziende del servizio sanitario regionale, le direzioni aziendali e la direzione regionale relativamente alle diverse aree di bilancio. Inoltre con apposita relazione del 28 settembre 2017, in linea con le scadenze proposte dalla



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

direzione regionale, il Collegio ha espresso un giudizio sul percorso svolto individuando anche le aree di miglioramento futuro.

A conclusione della terza annualità il progetto ha prodotto una ricca documentazione e un insieme di procedure – raccolte nella delibera del Direttore Generale del 29 settembre n. 932 – trasmessa alla Giunta regionale dell'Umbria che, a sua volta, recependo gli atti delle aziende e integrando quelli regionali, ha approvato la relazione conclusiva del progetto per la verifica del Ministero (DGRU n. 1250 del 30.10.2017).

In ultimo, in linea con i percorsi intrapresi dalle diverse regioni, è stata proposta l'attivazione di un progetto finalizzato all'istituzione di una funzione di Internal Auditing aziendale che, affiancando i tradizionali uffici Qualità, ponga l'attenzione sul nuovo sistema di procedure di procedure amministrativo contabili e provveda all'indispensabile coordinamento con le attività svolte nell'ambito dell'attuazione del piano anticorruzione. Tale proposta ha condotto all'adozione di un atto da parte della Giunta regionale (n. 1148 del 9 ottobre 2017) con cui è stato istituito un gruppo di lavoro interaziendale e regionale per il potenziamento del sistema dei controlli interni.

9.7 CONTROLLI E VERIFICHE ORARIE (ORARIO DI SERVIZIO E DI LAVORO), ACCESSO ALLA MENSA AZIENDALE

Nell'ambito delle funzioni di controllo e verifiche orarie e del rispetto di quanto previsto dal D.lgs. 66/2003 e s.m.i. tutte le strutture Aziendali interessate, DMPO, SC Risorse Umane, SC Formazione Qualità e Comunicazione e SITRO, ciascuna per le proprie competenze, rendicontano semestralmente sull'attività svolta evidenziando il numero e le tipologie di irregolarità rilevate.

Dall'anno 2017 si è proceduto ad abilitare gli orologi marcatempo, ubicati nelle varie strutture Aziendali, al solo personale di riferimento.

Per quanto concerne l'accesso del personale alla mensa aziendale, fermo restando il controllo in essere effettuato su tutto il personale che accede alla mensa 'timbrando' il badge (controllo teso anche al relativo addebito sullo stipendio), vengono effettuate verifiche a campione sul personale che usufruisce del servizio pagando direttamente in mensa il consumo del pasto. Le verifiche saranno possibili con l'indispensabile e fattiva collaborazione della ditta appaltatrice del servizio attraverso l'elencazione di tutto il personale dell'Azienda che accede alla mensa pagando in contanti. I successivi controlli saranno effettuati dalle strutture sopra specificate.

9.8 REGOLAMENTI AZIENDALI

I regolamenti aziendali dovranno essere adeguati al presente PTPC e al Codice Etico e di Comportamento entro settembre 2021.

In caso di nuove disposizioni regolamentari e/o normative i Regolamenti Aziendali interessati dovranno essere adeguati entro 6 mesi dall'entrata in vigore.

9.9 REGOLAMENTO SU CORRETTO USO DI INTERNET, POSTA ELETTRONICA, TELEFONO/ FAX

Con riferimento alla Deliberazione del Commissario Straordinario n.882 del 30/12/2019, cui si rimanda per la corretta adozione dei comportamenti in essa previsti, anche a seguito del GDPR che dichiara che "la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati di carattere personale è un diritto fondamentale" e che esso "protegge i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali", l'A.O. ha adottato un nuovo approccio nel trattamento dei dati personali sia degli utenti che accedono alle strutture



aziendali sia degli operatori che vi lavorano. In particolare sono previsti in capo all'Azienda, Titolare del trattamento, nuovi adempimenti e un'intensa attività di adeguamento alla Normativa comunitaria.

9.10 DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DA PARTE DEI PROFESSIONISTI DEL SERVIZIO SANITARIO

In coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, e dal PNA Aggiornamento 2015 al PNA (§2.2.3), è opportuno che i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che li possano coinvolgere nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli appartenenti all'area sanitaria ed amministrativa riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e della prevenzione della corruzione⁵ e sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse.

Per l'A.O. "S.Maria" di Terni vengono individuati coloro i quali hanno la responsabilità nella gestione delle risorse indipendentemente dall'incarico ricoperto (ad esempio un dipendente che pur non essendo responsabile di struttura incide sull'acquisto di un prodotto)⁶.

Al fine di rendere agevole l'adempimento di tali prescrizioni, considerata anche la sospensione a partire dal 1 gennaio 2021 dell'applicativo di AGENAS, l'A.O. Terni si impegna a realizzare un applicativo per facilitare la compilazione *on line* della Dichiarazione pubblica di interessi da parte di tutti i professionisti dell'A.O.

9.11 SISTEMA INFORMATICO

Nel corso degli anni il processo di informatizzazione dell'Azienda Ospedaliera S. Maria si è andato via via sviluppando in modo tale che al momento risulta gestita tramite software e data base elettronici la quasi totalità dei processi aziendali.

Il sistema informatico è suddiviso in tre aree relative, rispettivamente, alle procedure sanitarie, alle procedure amministrative ed al sistema di infrastrutture.

Per quanto riguarda l'area sanitaria le procedure aziendali di maggior rilievo gestite attraverso sistemi informatici sono il Pronto Soccorso, i ricoveri e le cartelle cliniche, le sale operatorie, il CUP, la somministrazione di farmaci attraverso il sistema della monodose, tutti gli altri sistemi rilevanti quali i Laboratori l'Immunotrasfusionale, la Diagnostica per Immagini (con l'introduzione del 'braccialetto elettronico').

L'area amministrativa dal punto di vista delle procedure informatiche è costituita da un sistema contabile, gestionale e di magazzino (SAP), una procedura per la gestione giuridica ed economica del personale, una procedura per la gestione del protocollo e delle delibere, una per la gestione delle manutenzioni oltre ad altri sistemi locali di minore rilevanza.

⁵ Cfr PNA aggiornamento 2015 parte speciale parte II Sanità

⁶ Sono stati comunicati ad AGENAS per l'inserimento nel portale pna-sanita@agenas.it le seguenti categorie di professionisti:

- i responsabili aziendali che trattano gli obiettivi di budget
- i medici specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professioni sanitarie convenzionati interni
- tutti i RUP, DEC, e coloro i quali hanno la responsabilità nella gestione delle risorse indipendentemente dall'incarico ricoperto che ne hanno dato comunicazione.



**AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI**

Nel settore infrastrutturale vengono gestite le attività di manutenzione del parco macchine e di help desk informatico, approntati i sistemi di sicurezza informatica (firewall, backup, disaster recovery), la connettività di rete dall'esterno e interna all'azienda e le licenze software.

Quanto sopra considerato che una capillare informatizzazione delle procedure aziendali può fungere da deterrente in una prima fase e da strumento di ausilio nell'individuazione di eventuali comportamenti non corretti successivamente.

9.12 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La legge n. 190/2012 – in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha introdotto anche misure *di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.*

Difatti l'art. 35 bis, inserito nell'ambito del D.lgs. n. 165/2001, prevede che:

“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.

Inoltre il D.lgs. 39/2013 ha previsto un'apposita disciplina in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in Controllo pubblico, a norma dell'art. 1 commi 49 e 50 della Legge 190/2012.

Dirigenti della SC Risorse Umane, della SS Acquisizione Beni e Servizi e della SC Tecnico Patrimoniale, in base alle rispettive competenze, assicurano la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.lgs. n. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del D.lgs. n. 165/2001.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 (art. 20 d.lgs. n. 39/2013). Le relative verifiche devono essere effettuate sulla totalità dei casi.

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 del D.lgs. n. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

9.13 CONTRATTI PUBBLICI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

I Dirigenti delle Strutture interessate garantiscono e verificano gli adempimenti previsti relazionando, dettagliatamente, al RPC il 31 maggio ed il 30 novembre:

1. pubblicazione sul sito Aziendale di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e le relative motivazioni;

2. obbligo, per rilevanti importi contrattuali, di puntuale comunicazione/informazione, da effettuarsi tempestivamente, nei confronti del RPC in caso di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza ;

3. sottoscrizione, da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara, di dichiarazione in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara, le dichiarazioni sono pubblicate sul sito Aziendale

4. obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine delle commissioni ed eventuali consulenti,

5. rilascio da parte dei commissari di gara di dichiarazione attestante:

- l'esatta tipologia di impiego/lavoro sia pubblico che privato svolto negli ultimi 5 anni

- di non svolgere o aver svolto 'alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta' (art. 84 c.4 del Codice),

_ se professionista di essere iscritti in albi professionali da almeno 10 anni (art. 84 c.8 lett. A del Codice)

- di non aver concorso 'in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazioni di atti dichiarati illegittimi' (art. 84 c.6 del Codice),

- di non trovarsi in conflitto di interessi con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali,

- assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'articolo 51 C.P.C. richiamato dall'art. 84 del Codice.

6. acquisizione da parte del RP, per le gare di importo più rilevante, di una specifica dichiarazione, sottoscritta da ciascun componente della commissione giudicatrice, attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria della gara e con l'impresa seconda classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi o societari, con riferimento agli ultimi 5 anni,

7. pubblicazione dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di gara,

8. pubblicazione sul sito Aziendale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito delle aggiudicazioni definitive,

9. formalizzazione e pubblicazione da parte di funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione di una procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria e con la seconda classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi o societari, con riferimento agli ultimi 5 anni,

10. definizione di un adeguato flusso di comunicazioni al fine di consentire al RP ed al RPC di avere tempestiva conoscenza sull'osservanza degli adempimenti in materia di sub-appalto, 11. effettuazione di un report periodico al fine di rendicontare le procedure di gara espletate e pubblicazione del medesimo sul sito Aziendale, 12. menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta.

13. pubblicazione sul sito Aziendale e su quello dell'Osservatorio regionale dei contratti pubblici della programmazione annuale/pluriennale per acquisti, forniture e lavori,

14. effettuazione di un'adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica della presenza di convenzioni/accordi quadro già in essere, per servizi e forniture



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria 15. controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati in ordine alle future scadenze contrattuali,

16. utilizzo di clausole standard con riguardo a garanzia a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici,

17. previsione nei bandi e/o negli avvisi e/o lettere di invito e/o nei capitolati di gara di una 'clausola risolutiva del contratto' a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nel Patto d'integrità,

18. predeterminazione, nelle principali determinate a contrarre (delibere di programmazione), dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare,

19. pubblicazione della determina a contrarre ai sensi dell' art. 37 del D.lgs. N. 33/2013,

20. consultazione, nella maggior parte delle aggiudicazioni competitive ad evidenza pubblica ovvero affidamenti mediante cottimo fiduciario, di almeno 5 operatori economici anche per procedure di importo inferiore ad € 40.000,00,

21. accessibilità online di tutta la documentazione di gara e/o le informazioni complementari rese, per tutte le gare sopra soglia comunitaria e per tutte le RDO attivate sul MEPA,

22. indicazione nei verbali di gara, riferiti agli appalti di maggior importo, delle cautele adottate per la conservazione delle offerte tecniche da parte della Commissione Giudicatrice,

23. adozione, all'inizio di ciascun anno, di più atti deliberativi, riferiti agli acquisti da effettuarsi ai sensi dell'art. 36 del D.lgs. 50/2016 s.m.i.; nei predetti atti vengono indicate

le tipologie analitiche degli acquisti da effettuarsi nel corso dell'anno con specificazione anche delle modalità di acquisizione di prodotti 'urgenti',

24. pubblicazione del calendario delle sedute di gara,

25. indicazione, negli atti deliberativi di indizione delle gare, della presenza o meno dell'oggetto della gara negli atti di programmazione,

26. indicazione del CIG negli atti deliberativi di indizione delle gare

27. indicazione, negli atti di indizione, dell'operatore economico affidatario del medesimo appalto immediatamente precedente alla procedura di selezione.

9.14 ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

La libera professione medica intramuraria è regolamentata da un complesso di norme legislative e contrattuali che la connotano quale diritto dei professionisti sanitari operanti nel Servizio Sanitario Nazionale ed opportunità per gli utenti dello stesso, che effettuano la scelta del medico dal quale ottenere prestazioni sanitarie a pagamento.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 639 del 31.07.2014 è stato adottato il Regolamento aziendale che disciplina la libera professione intramuraria, sulla base dell'atto di indirizzo regionale di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 07.04.2014, n.372.

Dal 2018 il controllo, di II livello, volto a verificare che l'attività libero professionale venga svolta al di fuori del normale orario di servizio viene effettuato su tutti i sanitari interessati. Qualsiasi irregolarità comporterà l'attivazione dell'iter previsto dalle normative vigenti.

Per quanto riguarda il controllo dei volumi questi saranno rilevati dal Controllo di gestione e dal CUP e, una volta analizzati dalla Direzione Sanitaria, saranno trasmessi dapprima ai Direttori delle Strutture interessate e poi alla Commissione paritetica di garanzia dell'A.O.

Comunicati i risultati le eventuali anomalie saranno immediatamente corrette, con adeguate misure, dai Direttori delle Strutture, ovvero questi dovranno provvedere all'allineamento delle prestazioni intramurarie con quelle istituzionali o in alternativa con la cessazione di tutte le attività libero professionali.

Per quanto riguarda il controllo dei volumi questi saranno rilevati dal Controllo di gestione e dal CUP e, una volta analizzati dalla Direzione Sanitaria, saranno trasmessi dapprima ai Direttori



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

delle Strutture interessate e poi alla Commissione paritetica di garanzia dell'A.O. Comunicati i risultati le eventuali anomalie saranno immediatamente corrette, con adeguate misure, dai Direttori delle Strutture, ovvero questi dovranno provvedere all'allineamento delle prestazioni intramurarie con quelle istituzionali o in alternativa con la cessazione di tutte le attività libero professionali.

9.15 LINEE GUIDA PER IL RAFFORZAMENTO DELLA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE IN MATERIA DI CONCORSI E SELEZIONI PUBBLICHE NEL SISTEMA REGIONALE UMBRO

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 946 seduta del 01/08/2019 avente ad oggetto "DGR n. 604/2019 - Ulteriori determinazioni", sono state approvate le Linee guida per il rafforzamento della trasparenza e la prevenzione della corruzione in materia di concorsi e selezioni pubbliche nel Sistema Regionale umbro.

L'obiettivo delle suddette Linee guida è quello di fornire una cornice di riferimento per la Regione Umbria e le organizzazioni del complessivo sistema amministrativo regionale, prime tra tutte le aziende del sistema sanitario, nella predisposizione di misure di prevenzione idonee a limitare e contenere fenomeni di *maladministration* nell'ambito delle procedure di concorso, selezione o nomina.

Le linee guida fanno riferimento ed esplicitano:

- Principi comuni in materia di programmazione e organizzazione
- Principi di indipendenza e imparzialità delle commissioni
- Adeguate garanzie nelle fasi procedurali
- Trasparenza ed apertura
- Regole di comportamento
- L'attivazione di meccanismi regionali di controllo ed *enforcement*

10. CENSIMENTO DELLE AREE DI RISCHIO E MAPPATURA DEI PROCESSI

Come anche già evidenziato nel PNA, il concetto di processo è diverso da quello di procedimento amministrativo. Quest'ultimo caratterizza lo svolgimento della gran parte delle attività delle pubbliche amministrazioni, fermo restando che non tutta l'attività di una pubblica amministrazione è riconducibile a procedimenti amministrativi. Il concetto di processo è più ampio e flessibile di quello di procedimento amministrativo ed è stato individuato nel PNA tra gli elementi fondamentali della gestione del rischio.

Per processo si intende quindi un insieme di attività correlate che creano valore trasformando risorse (input del processo) in un prodotto (output) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione.

La mappatura dei processi, con l'analisi del rischio corruttivo, viene effettuata per le aree di rischio generali ed anche per le aree specifiche utilizzando un approccio di tipo qualitativo (non più quantitativo).

Attraverso la ricostruzione accurata della mappatura dei processi, l'A.O. "S.Maria" di Terni effettua un esercizio conoscitivo importante non solo per l'identificazione dei possibili ambiti di vulnerabilità dell'amministrazione rispetto alla corruzione, ma anche rispetto al miglioramento complessivo del funzionamento della macchina aziendale nel tentativo di far emergere duplicazioni, ridondanze e nicchie di inefficienza che offrano ambiti di miglioramento sotto il profilo della spesa (efficienza allocativa o finanziaria), della produttività (efficienza tecnica), della qualità dei servizi (dai processi ai procedimenti) e della governance.



Nella sezione “Mappatura dei processi”, sono illustrati i primi e principali processi sottoposti a mappatura all’interno dell’A.O. “S.Maria” di Terni; durante l’anno 2021, si procederà alla mappatura di ulteriori processi coinvolgendo anche l’area sanitaria che saranno integrati nel Piano.



11. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

L' **individuazione** delle attività esposte al rischio corruzione consiste nella ricerca, identificazione e descrizione dei rischi.

I rischi vengono identificati:

- mediante consultazione e confronto tra i soggetti coinvolti;
- dall'esperienza, ossia i precedenti giudiziari (in particolare, i precedenti penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni erogate);
- dall'analisi del contesto interno ed esterno.

Il **trattamento** del rischio è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Tale fase è stata implementata in modalità sinergica fra Servizi e R.P.C. con individuazione di attività di controllo e monitoraggio.

Per **valutazione** del rischio si intende il processo di:

- identificazione, che consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi. L'attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione. Questi emergono considerando il contesto esterno ed interno all'amministrazione, e quindi anche con riferimento alle specifica organizzazione presente all'interno dell'A.O.;
- analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio;
- ponderazione del rischio che consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento. L'analisi dei rischi permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato.

La ponderazione del rischio è il risultato ottenuto dalla valutazione di più fattori.

La tabella 5 del PNA 2013 fornisce gli elementi di valutazione automatica per la quantificazione del rischio; la mera applicazione di tale metodologia ha evidenziato delle criticità conformando il grado di rischio verso il basso. Per queste ragioni e quindi per calibrare al meglio l'attenzione e lo sforzo organizzativo/economico/gestionale da immettere nei diversi processi, negli incontri con i Servizi aziendali sono stati utilizzati i seguenti fattori per definire il grado di rischio corruttivo:

BASSO rischio:

- Attività a bassa discrezionalità,
- Presenza di specifica normativa,
- Presenza di regolamentazione aziendale,
- Presenza di normativa stringente,
- Elevato grado di pubblicità degli atti procedurali,
- Valore economico del beneficio complessivo connesso all'attività inferiore in media a € 1.000,00,
- Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più persone,
- Sussistenza di specifici meccanismi di verifica o controllo interno/esterno,
- Rotazione dei funzionari dedicati all'attività,
- Monitoraggio e verifiche annuali,



- Basso grado di complessità del processo,
- Scarso impatto organizzativo e di immagine,
- Il processo non produce effetti all'esterno.

La presenza di una valutazione di rischio basso considera le azioni già messe in atto dall'azienda sufficienti a rendere il rischio accettabile; il rischio è stato ridotto ad un livello che può essere sostenuto dall'organizzazione in riferimento agli obblighi di legge e alla politica adottata. Non sono richiesti interventi nel breve periodo ma solo azioni tese ad mantenere nel tempo le condizioni di sicurezza.

MEDIO rischio

- Attività a media discrezionalità (regolamentazione aziendale o normativa di principio, ridotta pubblicità, ecc.),
- Controlli ridotti,
- Valore economico tra € 1.000,00 ed € 10.000,00 o, comunque, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo,
- Bassa rotazione dei funzionari dedicati,
- Rilevanza esterna.

Una valutazione di rischio medio richiede attenzione, approfondimento delle misure di controllo, necessità di proceduralizzazione di tutte le fasi, diminuzione della discrezionalità, aumento del numero di operatori coinvolti nel processo decisionale e dei livelli di controllo, implementazione della formazione del personale, eventuale rotazione dello stesso.

ALTO rischio

- Attività ad alta discrezionalità,
- Valore economico superiore ad € 10.000,00 o, comunque, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo,
- Controlli ridotti,
- Assenza di specifica regolamentazione aziendale,
- Potere decisionale concentrato in capo esclusivamente a singole persone,
- Rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto lunghi,
- Rischio di danni alla salute in caso di abusi,
- Notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi,
- Alto grado di complessità del processo,
- Forte impatto organizzativo e di immagine,
- Il processo produce effetti diretti nei confronti di soggetti esterni.

La valutazione di alto rischio richiede interventi immediati mirati a migliorare le condizioni di sicurezza, prevede procedure per eliminare per quanto possibile ogni discrezionalità, richiede nel breve periodo la formazione specifica del personale, prevede per quanto realizzabile la rotazione del personale.



La fase di trattamento del rischio consiste nell'individuare le misure che devono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

Al fine di ridurre il livello di rischio sono individuate e valutate le misure di prevenzione (obbligatorie o ulteriori) nelle aree a rischio (generali e specifiche).

Nella identificazione della concreta misura di trattamento del rischio da adottare per un determinato processo si è tenuto conto:

1. della efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio. L'identificazione della misura di prevenzione è quindi una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso.
2. della sostenibilità economica e organizzativa delle misure. L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte dei singoli Servizi aziendali. Ferma restando l'obbligatorietà delle misure previste come tali dalla legge, l'eventuale impossibilità di attuarle va motivata nei report periodici inviati al R.P.C..
3. dell'adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione. Il presente P.T.P.C.T. contiene un numero significativo di misure specifiche, con estrema personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione sulla base delle esigenze ed evidenze peculiari di ogni singolo Servizio.

Le misure di prevenzione organizzate e disciplinate con il presente P.T.P.C.T. sono adottate dai servizi e soggetti indicati contestualmente alla entrata in vigore dello stesso. L'identificazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione.

Lo sforzo che l'A.O. ha messo in campo è stato quello di individuare degli indicatori, per ogni processo mappato, attraverso i quali poter effettuare con metodologia rigorosa l'attività di monitoraggio e valutazione. A fine periodo, infatti, se non sarà evidente il rispetto dei risultati attesi, si eleverà la soglia di attenzione procedendo con l'analisi dettagliata delle anomalie ed i dirigenti di riferimento dovranno adeguatamente motivare lo scostamento.

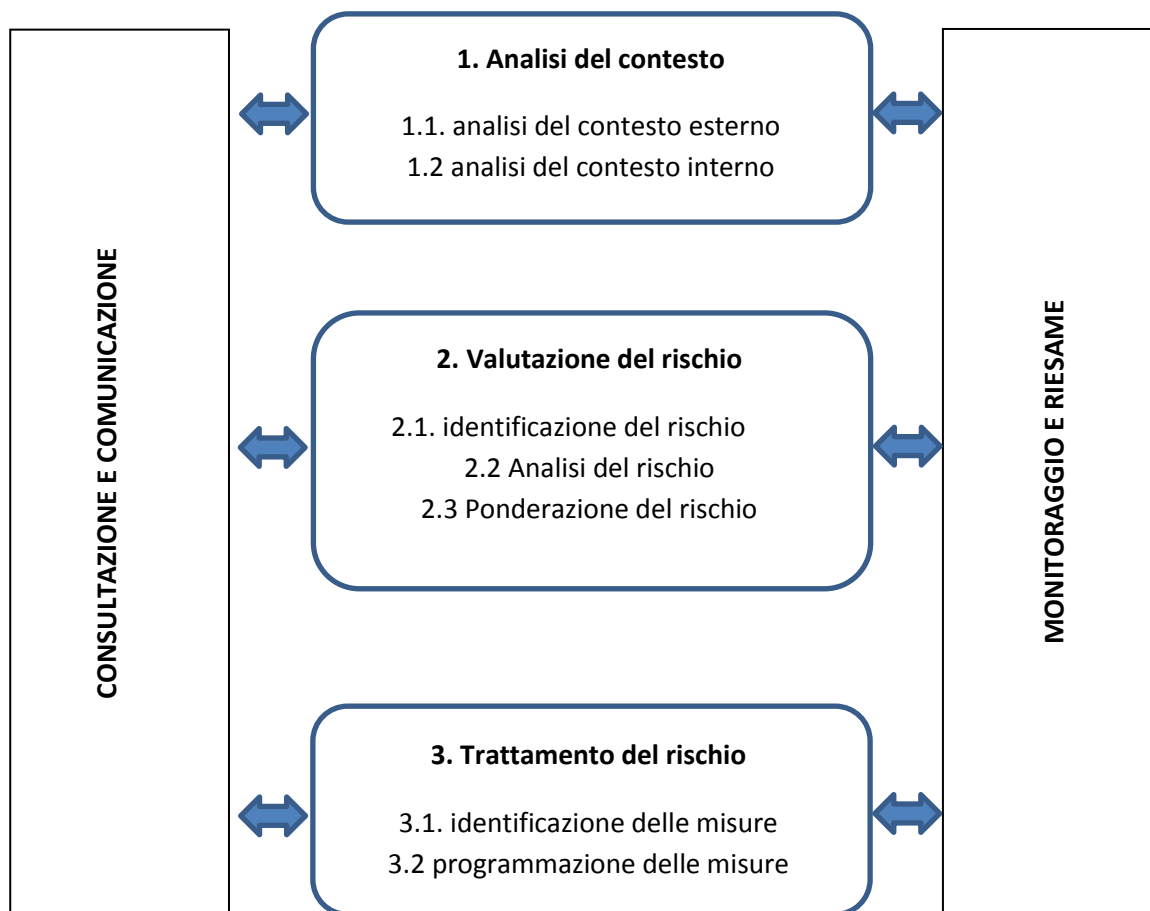
Nel caso in cui dovesse emergere un rischio ulteriore si potrà procedere ad una nuova mappatura modificando l'indice di rischio e le misure di prevenzione da adottare.

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello del rischio tenendo conto delle azioni di risposta ossia della adeguatezza delle misure di prevenzione introdotte.

Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Con l'attuale aggiornamento del P.T.P.C.T. si è provveduto a perfezionare la mappatura dei processi con l'introduzione di una nuova colonna nella quale sono dettagliati e scanditi i tempi in cui i diversi responsabili devono rendicontare le attività di contrasto ai fenomeni corruttivi introdotti nei singoli processi. Con l'indicazione della tempistica si definisce una chiara marca temporale alle attività di monitoraggio e valutazione. Ciò comporta che nel corso del tempo si potranno anche effettuare raffronti per capire come si sono evolute determinate situazioni, rendendo più efficace, con un maggior numero di dati raccolti periodicamente, il contrasto ai fenomeni corruttivi.

Tutto il complesso di attività ora descritto è finalizzato alla continua revisione dei processi nel tentativo di migliorare il contrasto ai fenomeni corruttivi. La conoscenza degli effetti apportati dalle misure adottate è propedeutico per poter migliorare l'organizzazione aziendale in una ottica di continuo sviluppo.





12. OBBLIGO DI ASTENSIONE E CONFLITTO DI INTERESSI

I dipendenti dell'Azienda Ospedaliera sono tenuti, ai sensi dell'art. 1, comma 41, della Legge n. 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella L. n. 241/90, a prestare massima attenzione alle situazioni di conflitto di interesse.

La norma prevede due prescrizioni:

- a) è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- b) è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

Il dipendente pertanto si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere *"...interessi propri, ovvero di affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza"*. (Cfr. art. 6 del Codice Etico e di Comportamento aziendale)

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al Dirigente interessato o al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario (a seconda della qualifica del segnalante), che deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

La violazione della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

I Responsabili delle Strutture/Servizi Aziendali dovranno trasmettere (semestralmente il 31.5 e 30.11) al RPC un report di monitoraggio sulle dichiarazioni raccolte comunicando la soluzione adottata e le relative motivazioni. Nelle procedure di gara tutto il personale coinvolto nella gestione dei singoli procedimenti effettua una dichiarazione di 'assenza di interessi personali/insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria della gara'. Tutte le dichiarazioni sono pubblicate nel sito Aziendale all'interno della sezione: Avvisi, bandi e inviti. Tale misura è stata attivata già nel corso dell'anno 2016.

Sono tenuti alla sottoscrizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi anche i dipendenti che rivestono il ruolo di R.U.P. (Responsabile Unico del Procedimento) e di D.E.C. (Direttore di Esecuzione del Contratto) e Direttore dei Lavori, dichiarazione da conservare agli atti d'ufficio. In caso di presenza di dichiarazione di conflitto di interesse, è competente a decidere sulla risoluzione il responsabile del procedimento di individuazione e nomina di quel RUP o DEC.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.



13. INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ EX D.LGS. 39/2013

Ai sensi del D.lgs. n. 39/2013, per “incompatibilità” si intende *“l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico”*.

Le situazioni di incompatibilità sono previste nei Capi V e VI del D.lgs. n. 39/2013.

A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell’interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità viene effettuata una contestazione all’interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall’incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19).

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione vigila, anche attraverso le disposizioni del Piano anticorruzione, che nell’Amministrazione siano rispettate le norme stabilite dal Decreto Legislativo n. 39/2013 in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di natura dirigenziale. L’art. 15 del suddetto Decreto stabilisce che il RPC contesta all’interessato l’esistenza o l’insorgenza della situazione di inconferibilità o incompatibilità all’incarico e segnala ad ANAC, all’Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ed alla Corte dei Conti i casi di possibile violazione.

L’ANAC è intervenuta sull’argomento e con propria deliberazione n. 149 del 22 dicembre 2014 ha definito, al fine di evitare ulteriori dubbi interpretativi e applicativi, l’ambito soggettivo ed i limiti di applicabilità delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità stabilendo che *“Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39”*.

All’atto della nomina, colui al quale l’incarico è conferito, è tenuto a rilasciare una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità o incompatibilità comprendenti gli elementi contenuti nell’art. 8 e 14 del D.Lgs. 39/2013⁷.

⁷ Art. 8 D.Lgs. 39/2013:

1. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nei cinque anni precedenti siano stati candidati in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL.
2. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nei due anni precedenti abbiano esercitato la funzione di Presidente del Consiglio dei ministri o di Ministro, Viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale.
3. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nell’anno precedente abbiano esercitato la funzione di parlamentare.
4. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nei tre anni precedenti abbiano fatto parte della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero abbiano ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale.
5. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio di una



Si ritiene, pertanto, necessario indicare al Servizio Affari Generali, Legali e Logistica di accettare solo dichiarazioni alle quali venga allegata l'elencazione di tutti gli incarichi ricoperti dal soggetto che si vuole nominare, nonché delle eventuali condanne da questo subite per i reati commessi contro la pubblica amministrazione. Le dichiarazioni rese sono pubblicate sul sito web aziendale.

provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio della ASL.

Art. 14 D.Lgs. 39/2013: 1. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali sono incompatibili con la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale o di parlamentare. 2. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali di una regione sono incompatibili: a) con la carica di componente della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero con la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale; b) con la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione; c) con la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione.



14. INCOMPATIBILITÀ SUCCESSIVA (PANTOUFLAGE)

La L. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo

successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la 'convenienza' di accordi fraudolenti.

La disposizione stabilisce che *"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"*.

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di P.O., responsabile del procedimento).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

- sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.

Onde garantire l'applicazione di tale disposizione l'Azienda Ospedaliera ha inserito in tutti i nuovi contratti di assunzione del personale la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) 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. Inoltre a tutto il personale che cesserà il rapporto di lavoro con l'Azienda, a qualsiasi titolo, verrà fatta sottoscrivere specifica dichiarazione di aver ricevuto informativa in merito a tale divieto.

I competenti uffici provvedono ad inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad *ex* dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.



15. TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONE DI ILLECITO (C.D. WHISTLEBLOWER)

La legge n. 190/2012 aveva inserito nell'ambito del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n.165, un nuovo articolo, il 54 bis, in virtù del quale era stata introdotta nel nostro ordinamento una misura finalizzata a favorire la segnalazione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come whistleblowing.

L'art. 1 della legge 30 novembre 2017 n. 179 ha sostituito tale articolo con il seguente:

“Art. 54-bis (tutele del dipendente pubblico che segnala illeciti - 1. Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale Anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.

2. Ai fini del presente articolo, per dipendente pubblico si intende il dipendente delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, ivi compreso il dipendente di cui all'articolo 3, il dipendente di un ente pubblico economico ovvero il dipendente di un ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile. La disciplina di cui al presente articolo si applica anche ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.

3. L'identità del segnalante non può essere rivelata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale. Nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria. Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare 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 ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

4. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

5. L'ANAC, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, adotta apposite linee guida relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni. Le linee guida prevedono l'utilizzo di modalità anche informatiche e promuovono il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione.

6. Qualora venga accertata, nell'ambito dell'istruttoria condotta dall'ANAC, l'adozione di misure discriminatorie da parte di una delle amministrazioni pubbliche o di uno degli enti di cui al comma 2, fermi restando gli altri profili di responsabilità, l'ANAC applica al responsabile che ha adottato tale misura una sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 30.000 euro. Qualora venga accertata l'assenza di procedure per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni ovvero l'adozione di procedure



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

non conformi a quelle di cui al comma 5, l'ANAC applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. Qualora venga accertato il mancato svolgimento da parte del responsabile di attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute, si applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. L'ANAC determina l'entità della sanzione tenuto conto delle dimensioni dell'amministrazione o dell'ente cui si riferisce la segnalazione.

7. E' a carico dell'amministrazione pubblica o dell'ente di cui al comma 2 dimostrare che le misure discriminatorie o ritorsive, adottate nei confronti del segnalante, sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione stessa. Gli atti discriminatori o ritorsivi adottati dall'amministrazione o dall'ente sono nulli.

8. Il segnalante che sia licenziato a motivo della segnalazione è reintegrato nel posto di lavoro ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 4 marzo 2015, n. 23.

9. Le tutele di cui al presente articolo non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque per reati commessi con la denuncia di cui al comma 1 ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave»”.

Inoltre l'art. 3 della medesima legge cita testualmente

Integrazione della disciplina dell'obbligo di segreto d'ufficio, aziendale, professionale, scientifico e industriale

1. Nelle ipotesi di segnalazione o denuncia effettuate nelle forme e nei limiti di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e all'articolo 6 del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, come modificati dalla presente legge, il perseguimento dell'interesse all'integrità delle amministrazioni, pubbliche e private, nonché alla prevenzione e alla repressione delle malversazioni, costituisce giusta causa di rivelazione di notizie coperte dall'obbligo di segreto di cui agli articoli 326, 622 e 623 del codice penale e all'articolo 2105 del codice civile.

2. La disposizione di cui al comma 1 non si applica nel caso in cui l'obbligo di segreto professionale gravi su chi sia venuto a conoscenza della notizia in ragione di un rapporto di consulenza professionale o di assistenza con l'ente, l'impresa o la persona fisica interessata.

3. Quando notizie e documenti che sono comunicati all'organo deputato a riceverli siano oggetto di segreto aziendale, professionale o d'ufficio, costituisce violazione del relativo Obbligo di segreto la rivelazione con modalità eccedenti rispetto alle finalità dell'eliminazione dell'illecito e, in particolare, la rivelazione al di fuori del canale di comunicazione specificamente predisposto a tal fine.

L'Azienda aveva a suo tempo adottato la “Procedura di segnalazione di illeciti o di irregolarità da parte dei dipendenti o collaboratori dell'Azienda Ospedaliera S. Maria e relative forme di tutela”. Tale procedura (in allegato) aggiornata a seguito dell'entrata in vigore della citata Legge 179/2017, pertanto specifica:

- l'oggetto della segnalazione (con elencazione delle varie fattispecie),
- il contenuto della segnalazione, tenuto conto del modello predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica,
- il destinatario della segnalazione: Responsabile della Prevenzione della Corruzione,
- le attività di verifica della fondatezza della segnalazione,
- le forme di tutela del segnalante/whistleblower,
- l'eventuale segnalazione di discriminazioni,
- la responsabilità del segnalante nei casi in cui incorra, con la denuncia, in responsabilità a titolo di calunnia e diffamazione.



La segnalazione può essere presentata con le seguenti modalità:

- a) a mezzo del servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, per poter usufruire della garanzia della riservatezza è necessario che la segnalazione venga inserita in una busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "RISERVATA PERSONALE – AL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE".
- b) In forma elettronica utilizzando il dedicato portale web raggiungibile all'indirizzo: <http://aospws/sii-web/index.htm> In questo caso i dati saranno memorizzati in formato crittografato (cifatura DES) onde garantire l'anonimato del segnalante; con tale modalità la segnalazione perverrà al solo Responsabile della Prevenzione della Corruzione, l'unico a poter leggere i dati contenuti nella segnalazione, come certificato dal Responsabile del Controllo di Gestione e Sistemi informatici.

L'RPC provvederà alla protocollazione delle segnalazioni in arrivo in un apposito protocollo riservato cartaceo.

La Procedura, il modello nonché l'indirizzo Internet per la segnalazione sono visionabili sul sito web aziendale all'interno del link: ANTICORRUZIONE Prevenire il rischio. La Procedura aggiornata ed il modello sono altresì allegati al presente Piano.



16. FORMAZIONE

I Dirigenti, i Responsabili di posizioni organizzative ed i dipendenti che svolgono attività all'interno degli uffici individuati nel Piano triennale di prevenzione della corruzione come a più elevato rischio di corruzione, dovranno partecipare ad un programma formativo sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

Il piano annuale di formazione dovrà quindi obbligatoriamente prevedere un percorso formativo nel quale dovranno essere affrontate tematiche inerenti l'etica, la responsabilizzazione dei dipendenti, il codice di comportamento e la sua corretta applicazione, la trasparenza e gli obblighi di pubblicazione, le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione. Questi percorsi formativi dovranno comunque affiancare quelli 'specifici' relativi alla tipologia di attività svolta all'interno della Direzione di afferenza.

La formazione generale del livello aziendale sarà principalmente rivolta a favorire l'acquisizione delle conoscenze e delle abilità necessarie, a seconda del ruolo ricoperto, alla corretta attuazione del Codice Etico e di Comportamento Aziendale e del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, dei principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

Piani di formazioni comuni potranno essere eventualmente concordati con le altre Aziende Sanitarie Regionali anche in collaborazione con la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica di Villa Umbra

I responsabili delle articolazioni aziendali comunicano al responsabile del Servizio Formazione i nominativi dei dipendenti che di volta in volta partecipano ad eventi formativi e organizzano presso le rispettive strutture/servizi/uffici degli incontri formativi brevi nel corso dei quali gli operatori che hanno partecipato ai programmi di formazione aziendali espongono le indicazioni essenziali apprese, assicurando così, con un percorso a cascata, la più ampia divulgazione delle tematiche relative alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

I Responsabili delle articolazioni aziendali danno riscontro di tali attività al Responsabile della prevenzione della corruzione, almeno annualmente entro il 30 novembre.

Con l'adozione del presente P.T.P.C.T. si dà mandato al servizio Formazione di proseguire i percorsi formativi già tracciati, prevedendo, per tutto l'arco temporale di validità del presente piano, il coinvolgimento in primo luogo dei soggetti segnalati dai responsabili dei servizi e, di seguito, tutti gli altri operatori.



17. COMUNICAZIONE

Le iniziative a sostegno della diffusione della trasparenza si sostanziano in attività di promozione e di diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati.

Di seguito gli strumenti/le iniziative:

- Sito *web* aziendale: esso rappresenta per l'Azienda il principale ed immediato strumento di comunicazione con l'esterno e fornisce utili informazioni sull'organizzazione e sulla gestione dell'Azienda, sulle sue strutture, sui servizi offerti e le relative modalità di accesso;
- Casella di posta elettronica aziendale: la cosiddetta E-mail aziendale costituisce lo strumento efficace, veloce e sicuro con cui l'Azienda può diffondere circolari, informazioni e notizie di interesse del personale;
- Carta dei servizi sanitari: è uno strumento che presenta le informazioni necessarie per accedere ai servizi erogati dall'Azienda e che illustra i diritti e i doveri dei cittadini;
- Opuscoli per il paziente: forniscono utili informazioni circa l'accesso alle strutture dell'Azienda ed ai servizi offerti;
- Inserti sanità sui quotidiani locali: periodicamente l'Azienda acquista pagine speciali dedicate alla sanità su quotidiani locali per promuovere nuovi servizi, pubblicizzare particolari iniziative, progetti di gruppi di lavoro di interesse della collettività;
- Indagini di *customer satisfaction*: strumento volto alla misurazione del grado di soddisfazione degli utenti in ordine ai servizi offerti dall'Azienda, per poi apportare i necessari miglioramenti;
- Formazione *ad hoc* dei dipendenti nella materia della trasparenza e dell'integrità.



18. AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE

Per quanto riguarda gli strumenti e le tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione trasparente", l'Azienda Ospedaliera ha attivato uno strumento informatico di rilevazione quantitativa degli accessi alla sezione "Amministrazione trasparente" che consente di monitorare la partecipazione e la fruibilità della sezione stessa da parte degli utenti.

I risultati della rilevazione saranno annualmente pubblicati all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" sotto sezione "Dati Ulteriori" del sito.

Il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 ha riscritto la disciplina dell'accesso civico ampliandone la portata, tanto da renderla potenzialmente illimitata ed equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita *Freedom of information act* (FOIA). Nella sua nuova formulazione infatti l'art.5 fermo restando il diritto di richiedere la pubblicazione di dati e/o documenti omessi, consente a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, di accedere a tutti i dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni nel rispetto di alcuni limiti tassativamente indicati dalla legge, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo di risorse pubbliche.

Gli articoli 5 e 5 bis del D.lgs. n.33/2016, come modificati dal D.lgs. n.97/2016 (definito Decreto Trasparenza) individuano due tipologie di accesso civico:

- Accesso civico di cui all'art.5, comma 1, del Decreto Trasparenza (D.lgs. n.33/2013) connesso alla mancata pubblicazione di dati, atti e informazioni per cui sussiste l'obbligo in base al Decreto stesso;
- Accesso generalizzato, di cui all'art.5, comma 2, del Decreto Trasparenza, relativo a tutti gli atti e dati in possesso dell'Azienda Ospedaliera.

Entrambe le istanze di accesso civico possono essere formulate da chiunque e non sono soggette ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione del soggetto richiedente, né devono essere motivate ma devono soltanto indentificare i dati, le informazioni o i documenti richiesti, escludendo quindi richieste di accesso generiche. Il rilascio dei dati o documenti sia in formato elettronico che in formato cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo per la riproduzione su supporti materiali; in questo caso si applicherà il diritto di copia vigente sugli atti cartacei.



19. EMERGENZA COVID-19

Nel corso dell'anno 2020, l'A.O. "S.Maria" di Terni ha fatto fronte all'emergenza rappresentata dalla Pandemia da Covid-19.

Come in tutte le organizzazioni sanitarie, la necessità di adottare misure straordinarie e emergenti/urgenti ha di fatto determinato un'accelerazione delle procedure amministrative così come tra l'altro previsto dall'A.N.A.C. con i provvedimenti adottati nel corso del 2020.

Provvedimenti adottati dall' ANAC inerenti le disposizioni per emergenza Coronavirus

1. **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 04/03/2020 - rif.** Qualificazione per l'esecuzione di lavori pubblici di importo superiore a 150.000 euro Criticità correlate ai provvedimenti legislativi adottati per il contrasto e la prevenzione della diffusione del virus COVID-19.
2. **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 12/03/2020 - rif.** Proroga dei termini delle Attestazioni degli OIV in materia di obblighi di pubblicazione
3. **Delibera numero 268 del 19/03/2020**
4. **Delibera numero 289 del 01/04/2020** Esonero per le stazioni appaltanti e gli operatori economici fino al 31 dicembre 2020 dal versamento della contribuzione dovuta all'ANAC ai sensi dell'art. 1, commi 65 e 67 della legge n. 266 del 23 dicembre 2005
5. **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 01/04/2020 - rif.** Attività di vigilanza collaborativa nella attuale fase emergenziale
6. **Delibera numero 312 del 09/04/2020**
Prime indicazioni in merito all'incidenza delle misure di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 sullo svolgimento delle procedure di evidenza pubblica di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 e s.m.i. e sull'esecuzione delle relative prestazioni.
7. **Delibera numero 313 del 09/04/2020**
Ordinanza della Protezione Civile n. 658 sull'emergenza sanitaria Covid-19. Applicabilità delle disposizioni in materia di tracciabilità dei flussi finanziari all'acquisizione di buoni spesa e all'acquisto diretto di generi alimentari e di prodotti di prima necessità
8. **Delibera numero 313 del 09/04/2020**
Ordinanza della Protezione Civile n. 658 sull'emergenza sanitaria Covid-19. Applicabilità delle disposizioni in materia di tracciabilità dei flussi finanziari all'acquisizione di buoni spesa e all'acquisto diretto di generi alimentari e di prodotti di prima necessità
9. **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 09/04/2020 - rif.** Esente da CIG l'erogazione dei buoni pasto di cui l'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29 marzo 2020
10. **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 09/04/2020 - rif.**
Indicazioni in merito all'attuazione delle misure di trasparenza di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190, e al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, nella fase dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e all'attività di vigilanza e consultiva dell'ANAC
11. **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 09/04/2020 - rif.**
Aggiornamento della delibera n. 268 del 19 marzo 2020
12. **Atto di segnalazione al Governo e al Parlamento n. 4 del 09/04/2020 - rif.**
Concernente l'applicazione dell'articolo 103, comma 1, del decreto-legge n. 18 del 17/3/2020 così come modificato dal decreto-legge n. 23 dell'8/4/2020 nel settore dei contratti pubblici
13. **Comunicato del Presidente del 22 aprile 2020**
Pubblicazione di un documento concernente le disposizioni acceleratorie e di semplificazione contenute nel codice dei contratti ed in altre fonti normative

14. **Ricognizione delle disposizioni acceleratorie e di semplificazione, presenti nel Codice dei contratti e nell'attuale quadro normativo, al fine di fornire indicazioni alle stazioni appaltanti per agevolare lo svolgimento delle procedure di affidamento**
15. **Vademecum Anac per velocizzare e semplificare gli appalti pubblici**
16. **Atto di segnalazione n. 5 del 29 aprile 2020**
Concernente l'articolo 107 del Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e gli articoli 10, 14 e 23 del decreto del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti 7 marzo 2018, n. 49
17. **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 20 maggio 2020**
Esonero CIG per le gare: la proposta dell'Autorità Nazionale Anticorruzione nel Decreto 'rilancio'
18. **Strategie e azioni per l'effettiva semplificazione e trasparenza nei contratti pubblici attraverso la completa digitalizzazione: le proposte dell'Autorità**
19. **Proposta di intervento normativo al fine di consentire il ricorso alle procedure previste nell'art. 163 e nell'art. 63 del codice dei contratti pubblici fino al 31 dicembre 2020**
Atto di segnalazione al Governo e al Parlamento n. 7 del 08/07/2020 - rif.
Concernente la disciplina adottata per far fronte all'emergenza sanitaria da Covid-19 e, in particolare, gli effetti delle misure anti-contagio sui contratti pubblici in corso di affidamento.
20. **Comunicato del Presidente dell'Autorità del 29/07/2020 - rif.**
Pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Modello di rendiconto delle donazioni ricevute ai sensi dell'art. 99 del decreto legge 17 marzo 2020, n.18
21. **Protocollo di azione di vigilanza collaborativa con il Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19 16/12/2020**

In particolare, il Vademecum ha sintetizzato le misure in:

- Riduzione dei termini delle procedure ordinarie di aggiudicazione
- Procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando, che consente di negoziare direttamente con i potenziali contraenti termini, numero di candidati da consultare o altri obblighi procedurali
- Ricorso all'affidamento diretto ad un operatore economico preselezionato se risulta essere l'unico in grado di consegnare le forniture necessarie, nel rispetto dei vincoli tecnici e temporali imposti dall'estrema urgenza

Alla luce di quanto sopra, è evidente che, come ribadito nella Relazione annuale 2020, la situazione emergenziale non ha consentito la puntuale adozione di quanto previsto nel PTCP 2019-2022 sempre e comunque nel pieno rispetto del corretto funzionamento dell'amministrazione.

Anche per l'anno 2021, l'adozione di tutte le misure previste anche attraverso la mappatura dei processi avviata con le singole Strutture, potrebbe risentire dell'andamento epidemico e di quanta "pressione", soprattutto in termini di tempi richiesti per l'approvvigionamento di risorse aggiuntive, dovesse manifestarsi.



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

20. SISTEMI DI MONITORAGGIO

L'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia delle misure individuate dal presente PTPC, è garantita, oltre che dal RPC, dai Referenti e dai Responsabili, ciascuno per le parti di propria pertinenza.

La rendicontazione sulle misure previste dal presente Piano vanno inoltrate al RPC entro il 31 maggio ed il 30 novembre c.a. (quest'ultima scadenza potrà essere anticipata a seguito di diverso termine individuato dall'ANAC) o diverso termine specificato nell'allegata tabella riepilogativa della tempistica.

Il RPC, successivamente alla rendicontazione del 31 maggio, potrà effettuare aggiustamenti/integrazioni delle misure se si evidenziassero specifiche problematiche o carenze che mettono in discussione taluni aspetti di prevenzione del rischio. Tali 'aggiustamenti in corso d'opera' saranno preventivamente concordati con la Direzione Aziendale.

Le misure di prevenzione della corruzione individuate/assegnate a ciascun Dirigente/Responsabile saranno oggetto di inclusione e valutazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'ambito del sistema aziendale di valutazione della performance mediante anche l'individuazione di specifici indicatori.

Di seguito è proposta la tabella riepilogativa della tempistica, del monitoraggio e della rendicontazione delle principali misure di prevenzione; ulteriori adempimenti, con la relativa tempistica, sono riscontrabili nelle schede relative alla mappatura dei singoli processi (Allegato 2 Mappatura dei processi).



**AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI**

MISURE	AZIONI	SOGGETTI/STRUTTURE INTERESSATE	TEMPISTICA/MONITORAGGIO RENDICONTAZIONE
Predisposizione PTPC	Elaborazione della proposta di PTPC e trasmissione alla Direzione Aziendale.	RPC	Entro il 31 marzo 2021
Adozione PTPC	Adozione del PTPC.	Direzione Aziendale	Entro il 31 marzo 2021
Relazione annuale sull'attività svolta.	Predisposizione e pubblicazione sul sito Aziendale della relazione annuale sull'attività svolta sulla base delle indicazione ANAC.	RPC	Entro il 31 marzo 2021
Aggiornamento, modifica, integrazione delle attività a rischio.	Invio al RPC delle proposte di aggiornamento, modifica ed inserimento di nuove attività ritenute a rischio.	Dirigenti/Responsabili Aziendali e Referenti di cui al punto 3. del PTPC	Entro il 10 novembre di ogni anno
Mappatura dei rischi.	Mappatura e analisi dei processi, individuazione/rivalutazione dei rischi alla luce delle misure esistenti e valutazione sui nuovi rischi da inserire.	RPC e Responsabili delle strutture di cui al punto 3. del PTPC	Entro il 30 novembre di ogni anno.
Attività informativa per la conoscenza del codice di comportamento	I Dirigenti/Responsabili svolgono una costante azione informativa nei confronti del personale di propria afferenza. In occasione di modifiche e/o aggiornamenti del Codice Aziendale Il RPC svolge una capillare azione informativa nei confronti di tutto il personale.	Dirigenti/Responsabili delle strutture Aziendali. RPC	Costante attività informativa. In occasione dell'approvazione del nuovo Codice Aziendale.
Attività informativa per la conoscenza del codice di comportamento per tutti i nuovi assunti.	In tutti i nuovi contratti individuali di lavoro viene inserito uno specifico articolo riferito al Codice etico e di comportamento aziendale, inoltre al momento della sottoscrizione del contratto al dipendente va consegnata copia del Codice Aziendale e del Codice Generale.	SC Risorse umane	Al momento della sottoscrizione del contratto.
Conflitto di interesse: obbligo di astensione	Astenersi in caso di conflitto di interesse dall'adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.	Il Responsabile del procedimento, i Dirigenti/Responsabili delle strutture il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario.	All'atto della rilevazione. Rendicontazione semestrale, al 30 giugno e al 30 novembre sulle dichiarazioni raccolte le soluzioni adottate e le relative motivazioni.

MISURE	AZIONI	SOGGETTI/STRUTTURE INTERESSATE	TEMPISTICA/MONITORAGGIO RENDICONTAZIONE
Risposta scritta alla segnalazione del conflitto di interesse e sua valutazione.	Valutare la segnalazione del conflitto di interesse con risposta scritta all'interessato.	Il Dirigente/Responsabile delle strutture il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario.	All'atto della rilevazione
Inserimento, negli atti di indizione di nuove gare, di specifica disposizione di rispetto degli obblighi di condotta previsti dal Codice aziendale.	In tutti gli atti di indizione di nuove gare va inserita una specifica disposizione concernente il rispetto, da parte dell'appaltatore, degli obblighi di condotta previsti dal Codice aziendale, e delle relative conseguenze in caso di violazione, così come specificato al punto 6.2 del presente piano.	Dirigenti della SS Acquisizione beni e servizi e SC Tecnico patrimoniale	All'atto dell'indizione. Rendicontazione semestrale, al 30 giugno e al 30 novembre, della presenza della disposizione negli atti di indizione.
Sottoscrizione del Patto d'integrità da parte dei partecipanti alle procedure di gara.	In tutte le procedure di gara relative a forniture, servizi e lavori viene richiesto a tutti i partecipanti la sottoscrizione e trasmissione del Patto d'integrità	Dirigenti della SS Acquisizione beni e servizi e SC Tecnico patrimoniale.	All'atto dell'indizione. Rendicontazione semestrale, al 30 giugno e 30 novembre, sull'avvenuto adempimento.
Clausola risolutiva per inosservanza del Patto d'integrità	In tutti i bandi e/o avvisi e/o lettere d'invito e/o capitolati di gara viene inserita una specifica clausola risolutiva del contratto a favore dell'Azienda Ospedaliera in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nel Patto d'integrità	Dirigenti della SS Acquisizione beni e servizi e SC Tecnico patrimoniale	All'atto dell'indizione. Rendicontazione semestrale, al 30 giugno e al 30 novembre, sull'avvenuto inserimento con evidenziazione dei casi di inosservanza che hanno comportato la risoluzione del contratto
Inconferibilità e incompatibilità Delibera ANAC 149/2014	Richiesta dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità degli incarichi di Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario Aziendali; verifica e sua pubblicazione sul sito aziendale.	Ufficio Affari generali e legali	Annuale.
Inserimento nei nuovi contratti individuali di lavoro della clausola di divieto di prestazione lavorativa per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro. Cap.14 del presente piano.	Inserimento nei contratti individuali di assunzione del personale della clausola di divieto di prestare attività lavorativa(a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) nei i tre anni successivi alla cessazione del rapporto con l'Azienda, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente. Inoltre a tutto il personale che cesserà il rapporto di lavoro verrà fatta sottoscrivere specifica dichiarazione di aver ricevuto informativa in merito a tale divieto.	SC Risorse Umane	Contestuale alla firma del contratto o alla cessazione del rapporto di lavoro. Rendicontazione semestrale, al 31 maggio e al 30 novembre, sull'avvenuto adempimento.



MISURE	AZIONI	SOGGETTI/STRUTTURE INTERESSATE	TEMPISTICA/MONITORAGGIO RENDICONTAZIONE
Inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, della clausola di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali.	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 aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.	Dirigenti della SS Acquisizione beni e servizi e SC Tecnico patrimoniale..	All'atto della predisposizione del bando o degli atti prodromici all'affidamento. Rendicontazione semestrale, al 30 giugno e 30 novembre, sull'avvenuto adempimento.
Verifica precedenti penali in caso di conferimento di incarichi. Cap.9.12 del presente piano	Verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi nei seguenti casi: -all'atto della formazione delle commissioni di gara(anche con compiti di segreteria) di lavori, servizi e forniture e di commissioni di concorso; -all'atto del conferimento degli incarichi, anche con funzioni direttive, degli uffici che presentano le caratteristiche indicate all'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001.	Dirigenti della SC Risorse umane, SS Acquisizione beni e servizi e SC Tecnico patrimoniale	Per ogni procedura che prevede la nomina di commissioni o il conferimento di incarichi. Rendicontazione semestrale, al 30 giugno e 30 novembre, sulle verifiche effettuate
Codice di comportamento: violazioni	Trasmissione al RPC di report contenenti i seguenti dati (relativi al periodo 1° dicembre 2017 - 30 novembre 2018): -numero delle violazioni segnalate e contestate (con indicazione delle norme violate, della qualifica e della struttura di appartenenza del trasgressore), -numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi (con indicazione del numero e del tipo di sanzione applicata), -numero delle archiviazioni disposte.	Segretari degli UPD e Dirigenti competenti all'irrogazione di sanzioni.	Entro il 5 dicembre di ogni anno, o diverso termine a seguito di disposizione ANAC..
Notifica PTPC	Notifica, a tutti i Dirigenti di SC (area sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa) ed ai Dirigenti e titolari di PO delle aree delle funzioni centrali, del PTPC con invito a rispettarlo e a divulgarlo a tutto il personale di propria afferenza	RPC	Entro il mese di aprile



MISURE	AZIONI	SOGGETTI/STRUTTURE INTERESSATE	TEMPISTICA/MONITORAGGIO RENDICONTAZIONE
Rispetto del PTPC e del Codice Aziendale.	Inserimento nelle buste paga di tutti i dipendenti di specifico avviso di presa visione del Piano 2021-2023 e di osservanza delle disposizioni previste sia dal Piano che dal Codice Aziendale	RPC e SC Risorse Umane	Buste paga dei mesi di aprile e maggio
Ulteriori misure previste al cap.5 del presente piano: Area di rischio Contratti pubblici.	Per tutte le misure previste al punto 6.11: Area di rischio Contratti pubblici i Dirigenti delle Strutture interessate garantiscono/verificano gli adempimenti di: pubblicazione, comunicazione, sottoscrizione, trasparenza, rilascio di dichiarazioni, reportistica e quant'altro previsto nel sopracitato punto del presente PTPC.	Dirigenti della SS Acquisizione beni e servizi e SC Tecnico patrimoniale	Rendicontazione semestrale, al 30 giugno e 30 novembre, sull'avvenuto adempimento di quanto previsto
Controlli e verifiche orarie ed accesso alla mensa aziendale	Nell'ambito delle funzioni di controllo e verifiche orarie, trasmissione, al RPC, della reportistica relativa alle irregolarità rilevate.	Dirigenti DMPO, SC Risorse umane, SC Formazione qualità e comunicazione, SITRO.	Rendicontazione semestrale, al 30 giugno e 30 novembre
Attività libero professionale	Controllo di 2° livello al fine di verificare che l'attività libero professionale venga effettuata nel rispetto del Regolamento aziendale in materia ed al di fuori del normale orario di lavoro. Controllo dei volumi.	Direzione Sanitaria, SSD Gestione rischio clinico.	Relazione annuale al 30 novembre



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

20. SEZIONE TRASPARENZA

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' 2021 – 2023. AGGIORNAMENTO

1. *Lo stato dell'arte*

L'A.N.A.C. Autorità Nazionale Anticorruzione, con determinazione n. 12 del 28/10/2015, nel precisare che la trasparenza costituisce uno degli assi portanti della politica di anticorruzione impostata dalla L. 190/2012, raccomanda di inserire il Programma per la Trasparenza all'interno del PTPC, come specifica sezione.

L'accezione di trasparenza alla quale si fa riferimento è quella di 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. E' qualificata come istituto in attuazione del principio democratico, quale condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali ed espressione del diritto ad una buona amministrazione.

Tale accezione assume, di conseguenza, una dimensione più ampia rispetto a quella collegata al diritto di accesso alle informazioni in funzione della titolarità di un interesse specifico e soggettivo (artt. 22 e ss. della L. 241 del 1990 e s.m.i.).

L'accessibilità totale presuppone l'accesso da parte della collettività a tutte le informazioni pubbliche. Il modo principale con il quale si ottempera tale disciplina è la pubblicazione sui siti istituzionali di una serie di dati, individuati in base a precisi obblighi normativi. Lo scopo quindi della norma sulla trasparenza è quello di favorire la partecipazione e l'effettivo controllo sull'operato delle Pubbliche Amministrazioni, affinché il perseguimento del pubblico interesse si realizzi in modo efficiente ed efficace, senza spreco di risorse e in un continuo miglioramento. In questo modo, attraverso la pubblicazione on-line, si offre la possibilità agli stakeholder di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne ed agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

Il Presente Programma tiene conto della delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 nella quale viene ribadito che la trasparenza è una misura di estremo rilievo fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

Il Programma tiene anche conto delle novità apportate al quadro normativo in materia di trasparenza dal D.Lgs. 97/2016: un nuovo ambito soggettivo di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza; il perseguimento dell'obiettivo di razionalizzare gli obblighi di pubblicazione vigenti mediante la concentrazione e riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche anche con l'introduzione di due misure di semplificazione (possibilità di pubblicazione di informazioni riassuntive aggregate in sostituzione di quella integrale; consente all'ANAC di modulare gli obblighi di pubblicazione in relazione alla natura dei soggetti, alle dimensioni ed alle attività svolte).

Il decreto ha poi disciplinato un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello della precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle P.A., nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.



Il Programma tiene conto della determinazione ANAC n. 1309 del 28/12/2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’Accesso Civico di cui all’art.5 co.2 del D.Lgs. 33/2013” e della delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016 “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016”.

Tiene altresì conto della delibera ANAC n.1074 del 21/11/2018 laddove evidenzia le implicazioni susseguenti all’applicazione del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche, con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) e all’entrata in vigore a decorrere dal 19/09/2018 del decreto legislativo 10/08/2018, n.101 che adegua il Codice in materia di Protezione dei Dati Personali (decreto legislativo n.196/2003) al nuovo Regolamento Europeo. Tali implicazioni hanno reso necessario, da parte di ANAC, fornire chiarimenti circa la compatibilità di detta nuova normativa con gli obblighi di pubblicazione imposti dal d. lgs. n.33/2013 e fornire precisazioni circa i rapporti tra la figura di RPD e RPCT che ritiene non debbano coincidere in considerazione dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa gli attribuisce. Così come peraltro affermato anche dal Garante per la Protezione dei Dati nella FAQ n.7 relativa alla figura dell’RPD.

Il Programma tiene conto della delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 laddove l’Autorità precisa la propria intenzione di procedere ad un aggiornamento dell’elenco degli obblighi di pubblicazione, alla luce delle modifiche legislative intervenute, e di volersi attivare in virtù di quanto disposto dall’art. 48 del D.Lgs. 33/2013 per definire, sentiti il Garante per la protezione dei dati personali, la Conferenza unificata, l’Agenzia Italia Digitale e l’ISTAT “criteri modelli e schemi standard per l’organizzazione, la codificazione e la rappresentazione dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria”. L’attuazione della disposizione richiamata soddisfa l’esigenza di qualità dei dati, funzionale ad una trasparenza effettiva e risponde alla necessità di uniformare le modalità di codifica e di rappresentazione delle informazioni e dei dati pubblicati ai fini della loro confrontabilità e successiva rielaborazione. Con riferimento al Regolamento Generale sulla protezione dei dati (UE) 2016/679 ed al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196 del 30/06/2003 e sm.i.) ANAC chiarisce che il regime normativo per il trattamento dei dati personali da parte di soggetti pubblici è rimasto sostanzialmente inalterato, essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento. Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza che concorre ad attuare il principio democratico ed i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell’utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione occorre che le Pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D. Lgs. 33/2013 o in altre normativa anche di settore preveda l’obbligo di pubblicazione. ANAC rammenta inoltre che l’attività di pubblicazione dei dati nei siti web per finalità di trasparenza anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all’art. 5 del Regolamento UE 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di responsabilizzazione del titolare del trattamento. In particolare assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati e quelli di esattezza ed aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati.



Il Programma tiene conto della delibera ANAC n.1126 del 04/12/2019 e del comunicato del Presidente ANAC del 04/12/2019 sulla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali.

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità manifesta le iniziative e gli atti attraverso i quali l'Azienda Ospedaliera di Terni si fa garante dell'attuazione del principio di trasparenza, come sopra delineato, come accessibilità totale ad una serie di dati dell'organizzazione ed all'attività delle proprie strutture, in funzione di servizio agli utenti e di trasparenza per la collettività. Il Programma si prefigge di garantire l'accessibilità alle notizie utili a consentire la partecipazione dei cittadini e degli stakeholder ad ogni fase del ciclo delle performance aziendali, la piena conoscenza dei servizi resi, le caratteristiche qualitative e le modalità di erogazione degli stessi, promuovendo al contempo l'integrità e la legalità dell'attività amministrativa.

2. Procedimento di elaborazione e adozione del Programma

In esecuzione dell'art 10 comma 1 D. Lgs. 14 marzo 2013, n.33, l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni provvede alla redazione del presente Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, prendendo come modello le indicazioni operative contenute nelle deliberazioni adottate dall' A.N.A.C. già denominata CIVIT per garantire un adeguato livello di trasparenza per quanto riguarda compiti, organizzazione, procedimenti, obiettivi e sistemi di valutazione e ogni altra informazione utile per il rispetto della legalità e lo sviluppo della cultura e dell'integrità.

Il presente Programma è teso a garantire la qualità delle informazioni riportate sul sito istituzionale, nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità è strutturato ai sensi della delibera A.N.A.C. n.1310/2016 “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016” ed individua gli adempimenti in materia di trasparenza rientranti nell’ambito soggettivo di competenza dell’Azienda che è tenuta a rispettare nonché le singole strutture operative dell’Azienda coinvolte a vario titolo nella pubblicazione dei dati e delle informazioni.

Gli obiettivi strategici che l’Azienda si è fissata per il triennio 2021 – 2023 sono sostanzialmente quelli dei precedenti Programmi e puntano essenzialmente alla prosecuzione dell’attività intrapresa, in un’ottica tuttavia di costante implementazione ed ulteriore miglioramento, nell’intento di assicurare il principio di “accessibilità totale delle informazioni” per un’amministrazione pubblica più aperta, al fine di migliorare i servizi ai cittadini ed aumentare la possibilità di controllo dei portatori di interessi sull’agire dell’Azienda stessa.

Rispetto al precedente Programma, dunque, non si evidenziano sostanziali cambiamenti, se non quelli rappresentati dalla rivasitazione, alla luce dell’esperienza derivante dai trascorsi anni di applicazione della disciplina, di alcune modalità organizzative inerenti l’attuazione ed il monitoraggio del Programma.

Con il presente Programma l’Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni si prefigge di raggiungere i seguenti obiettivi strategici:

- assicurare ai cittadini l'effettiva conoscenza dei servizi offerti dall’Azienda (caratteristiche e modalità di erogazione);
- rafforzare il rapporto fiduciario con i cittadini, semplificare il rapporto con i cittadini, migliorando i processi di ascolto;
- favorire un rapporto diretto tra Azienda e cittadino;
- rendere più accessibili e fruibili i propri dati;



- garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, la legalità dell'agire dell'Azienda, rendendo conto della correttezza e dell'efficacia degli atti/provvedimenti adottati;
- consentire il controllo "diffuso" sull'attività dell'Azienda;
- incidere sul senso di appartenenza e sulla motivazione dei dipendenti creando un buon sistema di comunicazione tra tutti i soggetti dell'Azienda;
- garantire e regolamentare il nuovo accesso civico.

3. Valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati

Tutti i Responsabili dei centri di risorsa dell'Azienda sono sottoposti ad un sistema di valutazione degli obiettivi assegnati – anche in materia di trasparenza - che si esplica attraverso una procedura di monitoraggio e di misurazione del livello di raggiungimento degli obiettivi stessi.

Il processo di valutazione si articola nelle seguenti fasi:

- assegnazione ad inizio anno degli obiettivi;
- eventuale revisione degli obiettivi assegnati, in caso di circostanze che rendano necessario la rimodulazione degli obiettivi o la previsione di nuovi;
- valorizzazione della percentuale di raggiungimento degli obiettivi sia individuali che organizzativi.

4. Modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento

L'Azienda promuove il coinvolgimento degli stakeholder e favorisce la raccolta dei *feedback* (commenti/suggerimenti) sul grado di utilità e completezza dei dati pubblicati e sugli eventuali reclami e suggerimenti segnalati nell'ottica di un continuo processo di aggiornamento, miglioramento e di monitoraggio dell'efficacia del Programma, nonché al fine di garantire il principio di usabilità dei dati e delle informazioni pubblicate. I rapporti con gli *stakeholder* sono improntati su criteri di trasparenza e di leale collaborazione e sono curati principalmente dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

L'individuazione degli *stakeholder*, interni ed esterni, permette di ottenere un quadro rappresentativo dei diversi interessi e di compiere scelte consapevoli. I principali *stakeholder* individuati dall'Azienda sono:

- cittadini;
- pazienti/utenti/familiari;
- dipendenti;
- organizzazioni sindacali;
- comitati aziendali;
- associazioni;
- imprese/fornitori;
- media;
- organizzazioni di professionisti nell'ambito della sanità;
- medici di base e pediatri di libera scelta;
- strutture convenzionate.

Gli strumenti adottati per la partecipazione degli *stakeholder* sono:



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

- organizzazione e gestione della comunicazione esterna ed interna (es. diffusione ed aggiornamento della Carta dei servizi; gestione ed aggiornamento del sito *web* aziendale e del sito intranet; posta elettronica aziendale; organizzazione di eventi aziendali, gestione dell'immagine aziendale; giornalini aziendali; opuscoli per il paziente, etc.);
- questionario di valutazione della sezione "Amministrazione trasparente";
- indagini di *customer satisfaction*;
- gestione dei reclami/suggerimenti;
- cura dei rapporti con le associazioni di volontariato, associazioni di utenti ed altre associazioni;
- gestione dei rapporti con i media (comunicati stampa; conferenze stampa, etc.).

5. Collegamenti con il Piano della performance

La trasparenza deve essere assicurata, non soltanto sotto un profilo "statico", consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati, così come prevista dalla legge, per finalità di controllo sociale, ma sotto il profilo "dinamico" direttamente correlato alla *performance*.

A tal fine la pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico si inserisce strumentalmente nell'ottica di un controllo diffuso che consenta un "miglioramento" dei servizi pubblici erogati dall'azienda. In tale ottica il programma mette a disposizione di tutti i cittadini dati chiave sull'andamento dell'amministrazione con l'obiettivo di consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

I contenuti del Programma Triennale costituiscono, compatibilmente con le risorse a disposizione, gli impegni definiti dalla Direzione aziendale, da perseguire con la temporalità definita negli strumenti di programmazione annuale e con la finalità di consentire ai cittadini una maggiore conoscenza della gestione dell'Azienda, di valutare i risultati raggiunti anche in rapporto alle risorse impiegate.

La valutazione annuale dei risultati conseguiti in materia di trasparenza e di pubblicazione delle informazioni, costituirà un importante riferimento per la valutazione della *performance* degli assetti aziendali e dei responsabili, è dunque, collegata alla corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio del personale.

6. Iniziative di comunicazione

Le iniziative a sostegno della diffusione della trasparenza si sostanziano in attività di promozione e di diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati.

Di seguito gli strumenti/le iniziative:

- Sito *web* aziendale: esso rappresenta per l'Azienda il principale ed immediato strumento di comunicazione con l'esterno e fornisce utili informazioni sull'organizzazione e sulla gestione dell'Azienda, sulle sue strutture, sui servizi offerti e le relative modalità di accesso;
- Casella di posta elettronica aziendale: la cosiddetta E-mail aziendale costituisce lo strumento efficace, veloce e sicuro con cui l'Azienda può diffondere circolari, informazioni e notizie di interesse del personale;
- Carta dei servizi sanitari: è uno strumento che presenta le informazioni necessarie per accedere ai servizi erogati dall'Azienda e che illustra i diritti e i doveri dei cittadini;
- Opuscoli per il paziente: forniscono utili informazioni circa l'accesso alle strutture dell'Azienda ed ai servizi offerti;



- Insetti sanità sui quotidiani locali: periodicamente l'Azienda acquista pagine speciali dedicate alla sanità su quotidiani locali per promuovere nuovi servizi, pubblicizzare particolari iniziative, progetti di gruppi di lavoro di interesse della collettività;
- Indagini di *customer satisfaction*: strumento volto alla misurazione del grado di soddisfazione degli utenti in ordine ai servizi offerti dall'Azienda, per poi apportare i necessari miglioramenti;
- Formazione *ad hoc* dei dipendenti nella materia della trasparenza e dell'integrità.

7. Processo di attuazione del Programma

Individuazione delle strutture responsabili della produzione, trasmissione, pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati.

Nella tabella di cui Allegato A, alla quale si fa esplicito rinvio, viene riportata, come per il Programma precedente, la descrizione degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33/2013 ed alla deliberazione dell'A.N.A.C. n. 1310/2016, con la relativa periodicità di aggiornamento dei dati e delle informazioni e l'indicazione della struttura responsabile della produzione, aggiornamento e trasmissione dei dati e della struttura responsabile della pubblicazione. I dirigenti/responsabili della struttura responsabile della produzione, aggiornamento e trasmissione dei dati, hanno l'obbligo di provvedere alla pubblicazione inerente le fattispecie contemplate nel decreto in base alla rispettiva competenza in materia ed assumono altresì la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza e tempestività della trasmissione dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati alla struttura responsabile della pubblicazione, salvo esplicita delega da comunicare al Responsabile della trasparenza. Nel caso di obblighi di trasparenza di natura trasversali, tali cioè da interessare più strutture amministrative, i dirigenti/responsabili interessati dovranno tempestivamente adottare una proposta di attuazione del D.Lgs. 33/2013 da sottoporre all'approvazione del Direttore Amministrativo.

Il Responsabile per la trasparenza espleta le proprie funzioni di coordinamento, e conseguente monitoraggio, delle attività dei dirigenti e responsabili preposti alle strutture responsabili della produzione, aggiornamento e trasmissione dei dati attraverso le seguenti modalità:

- comunicazioni, informazioni e disposizioni operative diffuse prioritariamente attraverso modalità semplificate, ovvero riunione mensile tra la Direzione amministrativa ed i Dirigenti/Responsabili di ufficio;
- messa a disposizione del monitoraggio quadrimestrale dello stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, finalizzato all'individuazione di eventuali dati ed informazioni mancanti, incompleti o per i quali siano necessari interventi in termini di accessibilità, comprensibilità e/o formato di pubblicazione e, di conseguenza, anche al miglioramento costante e graduale della trasparenza dell'attività aziendale;
- organizzazione e supervisione di specifici gruppi di lavoro interni;
- messa a disposizione di materiale e documentazione di particolare interesse per gli adempimenti relativi alle singole sotto - sezioni (pareri, chiarimenti, FAQ ed ogni ulteriore aspetto di supporto giuridico, tecnico e metodologico);
- presentazione dei risultati del questionario di valutazione della sezione "Amministrazione trasparente" compilato dai visitatori;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie funzioni di coordinamento e monitoraggio.



Misure organizzative

L'Azienda mette in atto, ai fini degli adempimenti normativi in materia di trasparenza, come per gli anni precedenti, le seguenti misure:

- a) analisi e definizione univoca, per ciascun obbligo di pubblicazione, del contenuto e della forma di presentazione dei dati che deve rispondere a precisi requisiti di completezza, chiarezza e usabilità;
- b) semplificazione del processo di pubblicazione, mediante l'attivazione, ove possibile, di flussi automatici di pubblicazione;
- c) organizzazione, pubblicazione ed aggiornamento dei dati secondo le tempistiche stabilite e secondo la definizione di cui alla lettera a), assicurando la completezza e la chiarezza delle informazioni pubblicate nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003) in modo tale che i dati pubblicati ed i modi di pubblicazione risultino pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge; la realizzazione di questa misura è prevista con gradualità nel corso del triennio 2016 – 2018 laddove siano richiesti interventi onerosi di adeguamento del sito *web* aziendale, nonché dei *software* in uso;
- d) adeguamento continuo della sezione “Amministrazione trasparente” del sito *web* aziendale alla normativa vigente; trasferimento nella sezione “Amministrazione trasparente” delle informazioni già presenti nel sito *web* aziendale, previa analisi dell'esistente;
- e) adozione delle misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati, al fine di assicurare un coinvolgimento continuo e costante dei cittadini ed aiutare l'Azienda nel compito di garantire la qualità delle informazioni;
- f) programmazione di iniziative formative in materia di trasparenza.

La pubblicazione on-line dovrà essere effettuata in coerenza con quanto riportato nel documento linee guida per i siti web della PA (art. 4 Direttiva 8/09 del Ministro per la PA e l'Innovazione) in particolare con le indicazioni contenute nel suddetto documento relative ai seguenti aspetti trasparenza e contenuto minimo dei siti, aggiornamento e visibilità dei contenuti, accessibilità ed usabilità, classificazione e semantica, formati aperti e contenuti aperti.

Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell'attività di controllo dell'adempimento da parte del responsabile della trasparenza. Sistema di monitoraggio

Lo stato di attuazione del Programma sarà anzitutto verificato dall'OIV e dal Responsabile della Trasparenza. Il Responsabile effettuerà un monitoraggio con cadenza annuale delle attività programmate, ed il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla legge e dal Programma medesimo, attraverso la pubblicazione di una relazione che verrà trasmessa alla Direzione Aziendale, all'OIV e pubblicata nella sezione “Amministrazione trasparente”.

Inoltre effettuerà anche monitoraggi periodici su determinati parametri di trasparenza richiedendo ai Dirigenti/Responsabili interessati la massima collaborazione nel fornire i dati e le motivazioni di eventuali ritardi o omissioni.

Qualora nell'attività di monitoraggio e verifica, il Responsabile riscontri inadempimenti, incompletezze, ritardi, mancanza di accuratezza nella pubblicazione dei dati rispetto a quanto previsto dalla vigente normativa e dal Programma, procede alle previste segnalazioni.

Saranno garantiti ulteriori parametri di trasparenza che potranno essere previsti (in aggiunta agli attuali) sia dal legislatore nazionale che dall'A.N.A.C..



8. I dati e le informazioni

I dati e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale sono selezionate in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e indicazioni contenute nella delibera n.1310 dell'ANAC "Prime Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. n.97/2016" il cui allegato sostituisce la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti per le pubbliche amministrazioni dal D. Lgs. n.33/2013, contenuta nell'allegato 1 della delibera n.50/2013.

Le categorie di dati da pubblicare sono volte a creare e favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione, nonché una gestione del pubblico che consenta un miglioramento continuo nell'erogazione dei servizi all'utenza. Questi obblighi non vanno intesi come eccezioni rispetto alla regola di riservatezza ma come applicazioni di una regola di pubblicità che può avere molte ulteriori esplicazioni. Resta fermo che, nel caso di informazioni che contengano anche dati personali, devono essere rispettati i principi e le linee guida in materia di tutela della riservatezza secondo quanto già indicato nella delibera n.105/2010, paragrafi 3.1 e 3.2 e tenendo altresì conto della delibera del 2 marzo 2011 del Garante per la protezione dei dati personali "linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web, del contenuto del parere del garante su uno schema di decreto legislativo concernente il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A. del 7 febbraio 2013 ed inoltre della deliberazione n. 243 del 15/05/2014 del Garante per la Protezione dei Dati Personali "Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 134 del 12/06/2014.

E' quindi importante porre l'accento sulla protezione dei dati personali in modo tale che i dati pubblicati e i modi di pubblicazione risultino pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge, in ossequio alla disciplina in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.).

- la pubblicazione on-line dovrà essere effettuata in coerenza con quanto riportato nel documento linee Guida per i siti web delle PA (art. 4 Direttiva 8/09 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, in particolare con le indicazioni, contenute nel suddetto documento, relative ai seguenti aspetti
- trasparenza e contenuti minimi dei siti;
- aggiornamento e visibilità dei contenuti;
- accessibilità e usabilità;
- classificazione e semantica;
- formati aperti;
- contenuti aperti

Tutti i dirigenti responsabili delle Strutture Amministrative dell'Azienda hanno l'obbligo di provvedere alla pubblicazione inerente le fattispecie contemplate nel decreto in base alla rispettiva competenza in materia. Nel caso di obblighi di trasparenza di natura trasversali, tali cioè da interessare più strutture amministrative, i dirigenti interessati dovranno tempestivamente predisporre una proposta di attuazione del Decreto Legislativo n. 33 del 14/03/2013 da sottoporre all'approvazione del Direttore Amministrativo.

Nelle tabelle di seguito si riportano gli obiettivi di trasparenza e contenuti specifici da pubblicare sul sito web aziendale ed in particolare:



- le categorie di dati da pubblicare (riferimento delibera ANAC n.1310 del 28/12/2016 il cui allegato sostituisce la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti per le pubbliche amministrazioni dal D. Lgs. n.33/2013, contenuta nell'allegato n. 1 della delibera n.50/2013);
- la relativa fonte normativa con descrizione del contenuto degli obblighi di pubblicazione;
- la Struttura che produce ed aggiorna tali dati ;
- tempistica di pubblicazione/aggiornamento.

Si ribadisce che occorre inoltre tenere presente dell'applicazione del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati) ed inoltre dell'entrata in vigore, a decorrere dal 19/09/2018, del Decreto Legislativo 10/08/2018, n.101 che adegua il Codice in materia di Protezione dei Dati Personali (Decreto Legislativo n.196/2003) al nuovo Regolamento Europeo. Occorre altresì tenere conto dei chiarimenti forniti dall'ANAC volti a precisare la compatibilità di detta nuova normativa con gli obblighi di pubblicazione imposti dal D. Lgs. n.33/2013. L'ANAC infatti ha precisato che "il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte di soggetti pubblici è rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento". Pertanto l'Azienda, prima di mettere a disposizione sui siti web istituzionali atti o documenti (integrali o in estratto) contenenti dati personali, dovrà verificare che la disciplina in materia di trasparenza o in altre norme, preveda l'obbligo di pubblicazione e, se presente, procedere nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza.

Si riporta di seguito il contenuto del paragrafo 3) qualità dei dati pubblicati, decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione, della delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016:

Con l'art. 6, c. 3 del d.lgs. 97/2016 viene inserito, ex novo, nel d.lgs. 33/2013 il Capo I – Ter – «Pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti», con l'intento di raccogliere al suo interno anche gli articoli dedicati alla qualità delle informazioni (art. 6); ai criteri di apertura e di riutilizzo dei dati, anche nel rispetto dei principi sul trattamento dei dati personali (artt. 7 e 7-bis); alla decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione (art. 8); alle modalità di accesso alle informazioni pubblicizzate nei siti (art. 9).

In tal senso si ribadisce, anzitutto, l'importanza di osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate sui siti istituzionali ai sensi dell'art. 6 del d.lgs. 33/2013: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

Nelle more di una definizione di standard di pubblicazione sulle diverse tipologie di obblighi, da attuare secondo la procedura prevista dall'art. 48 del d.lgs. 33/2013 con lo scopo di innalzare la qualità e la semplicità di consultazione dei dati, documenti ed informazioni pubblicate nella sezione "Amministrazione trasparente" si ritiene opportuno fornire, sin da subito, le seguenti indicazioni operative: esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione: l'utilizzo, ove possibile, delle tabelle per l'esposizione sintetica dei dati, documenti ed informazioni aumenta, infatti, il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei dati, assicurando agli utenti della sezione "Amministrazione trasparente" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili;

2.indicazione della data di aggiornamento del dato, documento ed informazione: si ribadisce la necessità, quale regola generale, di esporre, in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione



“Amministrazione trasparente”, la data di aggiornamento, distinguendo quella di “iniziale” pubblicazione da quella del successivo aggiornamento. Restano in ogni caso valide le indicazioni già fornite nell’allegato 2 della delibera ANAC 50/2013 in ordine ai criteri di qualità della pubblicazione dei dati, con particolare riferimento ai requisiti di completezza, formato e dati di tipo aperto.

L’art. 8 del d.lgs. 33/2013 sulla decorrenza e sulla durata della pubblicazione è stato solo in parte modificato in relazione all’introduzione dell’istituto dell’accesso civico generalizzato.

La durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell’anno successivo a quello da cui decorre l’obbligo di pubblicazione (co.3) fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15 co. 4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Un’importante modifica è quella apportata all’art. 8, co. 3, dal d.lgs. 97/2016: trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno. Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l’istanza di accesso civico ai sensi dell’art. 5.

Un’altra agevolazione è contemplata all’art.8, co. 3 - bis, introdotto dal d.lgs. 97/2016, ove è ammessa la possibilità che ANAC, anche su proposta del Garante per la protezione dei dati personali, fissi una durata di pubblicazione inferiore al quinquennio basandosi su una valutazione del rischio corruttivo, nonché delle esigenze di semplificazione e delle richieste di accesso presentate. L’Autorità si riserva di adottare indicazioni al riguardo, a seguito dell’implementazione dei nuovi obblighi e del nuovo istituto dell’accesso civico generalizzato.

9.1 Accesso documentale: Legge 241/90

L’accesso agli atti, di cui agli articoli 22 e seguenti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 prevede che il richiedente deve dimostrare di essere titolare di *“un interesse diretto concreto e attuale, corrispondente ad un situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l’accesso”*.

Tale diritto si caratterizza come strumento di tutela individuale di situazioni soggettive e non come strumento di controllo sociale dell’operato della pubblica amministrazione.

Eventuali segnalazioni in ordine a disfunzioni del procedimento di accesso agli atti, dunque, non devono essere trasmesse all’ANAC, che non ha competenze in materia, ma ai soggetti specificamente indicati nella legge n. 241/1990, art. 25.

L’accesso documentale deve essere tenuto distinto dall’accesso civico ex D.Lgs. 33/2013 (art. 5) e dall’accesso generalizzato ex D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016 (art. 5, co. 2).

9.2 Accesso civico ex D.Lgs. 33/2013, art. 5

L’accesso civico previsto dal D.Lgs. n. 33/2013 va tenuto distinto dal diritto di accesso ai documenti amministrativi disciplinato dalla Legge 241/90 sopra richiamata.

L’istituto dell’accesso civico consente a chiunque il diritto di richiedere, gratuitamente e senza necessità di motivazione, documenti, informazioni o dati di cui le pubbliche amministrazioni hanno omesso la pubblicazione prevista dalla normativa vigente. Per l’esercizio dell’accesso civico la richiesta deve essere presentata al RPCT, in caso di ritardo o di mancata risposta entro 30 giorni, al titolare del potere sostitutivo.

9.3 Accesso civico generalizzato ex D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, art. 5, c. 2

Il D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, ha introdotto un'ulteriore tipologia di accesso: il cd. Accesso civico generalizzato (Freedom of Information Act – FOIA) delineato nell'art. 5, comma 2 e disciplinato dalle Linee Guida dell'ANAC con delibera n. 1309 del 28/12/2016 “*Linee Guida recanti indicazioni operative ai fine della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, c. 2 del D.Lgs. 33/2013*”.

Tale tipologia di accesso si aggiunge all'accesso civico già disciplinato dal medesimo decreto e all'accesso agli atti ex L. 241/1990, ed è volto a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'inizio delle risorse pubbliche e a promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

Infatti, tale istituto prevede il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis.

Esso prescinde dall'obbligo di pubblicazione dei documenti, in attuazione del principio di trasparenza. Infatti l'art. 1, c. 1 del decreto, definisce l'accesso generalizzato strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

10. Trasparenza e tutela dei dati personali

La Corte Costituzionale, chiamata ad esprimersi sul tema del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha riconosciuto che entrambi i diritti sono “*contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato*”.

Ritiene la Corte che, se da una parte il diritto alla riservatezza dei dati personali, quale manifestazione del diritto fondamentale all'intangibilità della sfera privata, attiene alla tutela della vita degli individui nei suoi molteplici aspetti e trova sia riferimenti nella Costituzione italiana (artt. 2, 14, 15 Cost.), sia specifica protezione nelle varie norme europee e convenzionali, dall'altra parte, con eguale rilievo, si incontrano i principi di pubblicità e trasparenza, riferiti non solo, quale corollario del principio democratico (art. 1 Cost.) a tutti gli aspetti rilevanti della vita pubblica e istituzionale, ma anche, ai sensi dell'art. 97 Cost., al buon funzionamento dell'amministrazione e ai dati che essa possiede e controlla. Principi che, nella legislazione interna, si manifestano nella loro declinazione soggettiva, nella forma di un diritto dei cittadini ad accedere ai dati in possesso della pubblica amministrazione, come stabilito dall'art. 1, co. 1 del d.lgs. n. 33/2013.

Il bilanciamento tra i due diritti è, quindi, necessario, come lo stesso Considerando n. 4 del Regolamento (UE) 2016/679 indica, prevedendo che “*Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità*”.

In particolare, nella richiamata sentenza, la Corte precisa che il bilanciamento della trasparenza e della privacy va compiuto avvalendosi del test di proporzionalità che “*richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più*



misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi". L'art. 3 Cost., integrato dai principi di derivazione europea, sancisce l'obbligo, per la legislazione nazionale, di rispettare i criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali, pur al cospetto dell'esigenza di garantire, fino al punto tollerabile, la pubblicità dei dati in possesso della pubblica amministrazione.

Pertanto, al principio di trasparenza, nonostante non trovi espressa previsione nella Costituzione, si riconosce rilevanza costituzionale, in quanto fondamento di diritti, libertà e principi costituzionalmente garantiti (artt. 1 e 97 Cost.).

Il quadro delle regole in materia di protezione dei dati personali si è consolidato con l'applicazione, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito RGPD) e, il 19 settembre 2018, del D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 – alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.

Occorre evidenziato che l'art. 2-ter del d.lgs. n. 196 del 2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, "è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento". Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che "La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1 sopracitato".

Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, d.lgs. 33/2013), occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.LGS. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati ("minimizzazione dei dati") (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d). Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7-bis, co.4, dispone inoltre che "Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione".



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

11. Albo Pretorio on-line

L'Azienda ha attivo l'Albo Pretorio on-line quale strumento operativo funzionale alla pubblicazione di atti e provvedimenti amministrativi avente effetto di pubblicità legale. Pertanto sul sito web istituzionale dell'Azienda è presente un'apposita sezione denominata "Albo Pretorio on-line".

12. Posta Elettronica Certificata

La Posta Elettronica Certificata (PEC) è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo, documentazione ed allegati, con lo stesso valore legale della raccomandata con avviso di ricevimento. Rappresenta quindi uno strumento capace di generare rilevanti risparmi sul piano economico ed inoltre consente di semplificare i rapporti tra privati e la pubblica Amministrazione.

La casella di Posta Elettronica è gestita dall'Ufficio Protocollo che afferisce alla Direzione Affari Generali. L'indirizzo di Posta Elettronica, pubblicato sul sito istituzionale, al quale far pervenire comunicazioni ufficiali, tramite e-mail certificata è il seguente: aospterni@postacert.umbria.it

In relazione al grado di utilizzo dello strumento, tanto nei rapporti con le altre Pubbliche Amministrazioni che con i cittadini, l'Azienda ha esteso l'utilizzo della PEC ed ha assegnato alle direzioni aziendali che producono, per il tipo di attività, documentazione oggetto di corrispondenza, indirizzi di PEC nominativi.

La finalità è quella di informatizzare il più possibile i servizi al cittadino piuttosto che limitarsi alla informatizzazione dei mezzi di trasmissione.

13. Informazioni relative all'Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) è il servizio che l'Azienda mette a disposizione dei cittadini per facilitare i rapporti tra Ospedale e cittadini. L'obiettivo è quello di contribuire a migliorare la qualità dei servizi sanitari attraverso l'attività di:

- ascolto e orientamento dell'Utente, cercando di aiutarlo a risolvere eventuali problematiche con i servizi e le strutture;
- accoglienza di segnalazioni e proposte;
- raccolta e relativa gestione dei reclami e degli elogi che l'utenza desidera porre all'attenzione dell'Azienda;
- monitoraggio del grado di soddisfazione degli Utenti.

L'URP in un'ottica di informazione e comunicazione rende note: l'ubicazione, orari e modalità di accesso al servizio, Carta dei Servizi, modello di presentazione delle segnalazioni, dati sui livelli di soddisfazione dei cittadini attraverso la pubblicazione del "monitoraggio reclami", dati sui livelli di soddisfazione dei cittadini rilevati da indagini di Customer Satisfaction.

La Carta dei Servizi nella versione on-line sempre aggiornata è intesa come strumento di informazione per le persone che necessitano di assistenza ospedaliera ambulatoriale. La presenza della Carta dei Servizi offre all'Azienda l'occasione per stabilire un patto tra i propri utenti, gli operatori e gli amministratori che consente di realizzare un servizio sempre più attento alle esigenze di tutte le parti interessate. I principi fondamentali sono: uguaglianza intesa come erogazione delle prestazioni senza distinzione di sesso, razza, lingua, etnia, condizione sociale, religione e opinioni politiche; imparzialità intesa come erogazione delle prestazioni attraverso comportamenti equi e obiettivi;



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

continuità in quanto l'Azienda garantisce continuità assistenziale, diritto di scelta in quanto la persona assistita e la sua famiglia hanno diritto di scegliere e di recedere liberamente dal servizio scelto; appropriatezza cioè le prestazioni sono appropriate quando sono al tempo stesso pertinenti rispetto alle persone, circostanze e luoghi, valide da un punto di vista tecnico-scientifico e accettabili sia per gli assistiti, i loro familiari che per gli operatori.

Sin dall'anno 2015 si era previsto l'incremento di meccanismi per verificare lo stato di percezione dei cittadini nei confronti dei servizi erogati e di risposta ai fabbisogni sia sanitari che informativi attraverso la struttura a ciò deputata U.R.P.

14. Benessere organizzativo

L'Azienda ha da tempo individuato indirizzi, strategie ed impegni in relazione agli obiettivi di:

- misurazione miglioramento qualità professionale;
- miglioramento efficienza e appropriatezza organizzativa,
- miglioramento gestione rischio clinico
- miglioramento qualità percepita ed equità d'accesso

Tutti obiettivi, quantificabili e misurabili, con i rispettivi traguardi temporali, da condividere con tutti gli operatori. Per quanto riguarda gli obiettivi specifici per ogni funzione vengono definiti annualmente dalla Direzione in collaborazione con i Responsabili di Dipartimento, Struttura Complessa (Reparti, Servizi...) e diffusi a tutto il personale dipendente.

Per quanto riguarda il Benessere Organizzativo la Commissione (ANAC) nella seduta del 29 maggio 2013, ha elaborato un documento contenente anche modelli per la realizzazione di indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico. Detto documento ha quindi ad oggetto i modelli che gli OIV/struttura analoga devono utilizzare per realizzare le indagini sul personale dipendente. I risultati sono strumentali all'attuazione del ciclo della performance; ciò nella prospettiva di fornire all'Amministrazione informazioni e dati in forma strutturata utili per attivare azioni di miglioramento e quindi assicurare elevati standard qualitativi ed economici del servizio tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale secondo quanto previsto dall'articolo 2 del D. Lgs. n.150/2009. L'indagine comprende tre rilevazioni: benessere organizzativo; grado di condivisione del sistema di valutazione e valutazione del proprio superiore gerarchico. Il documento ANAC fornisce poi modelli, strumenti, metodologie e chiarimenti specifici ad ai quali si rinvia. Era previsto che al termine della rilevazione, l'Amministrazione doveva pubblicare i risultati dell'indagine nel proprio sito web ex art.20, comma 3 del D. Lgs. n.33/2013 nella sezione "Amministrazione Trasparente". Tale obbligo è venuto meno ai sensi del D. Lgs. n. 97/2016.

15. Collegamenti con il piano della prestazione e dei risultati

Come è stato in più parti evidenziato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità sotto il profilo dinamico è correlato al concetto di Performance in quanto si pone in relazione al ciclo di gestione della stessa prevedendone la piena conoscibilità dal Piano della Prestazione e dei Risultati allo stato di attuazione. In tal modo da evidenza della tempistica relativa all'attribuzione degli obiettivi assegnati, attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale.

Infatti il Programma per la Trasparenza e l'Integrità oltre ad essere uno degli aspetti della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della Performance, consente di rendere pubblici agli *stakeholder* i contenuti ed i risultati conseguiti.



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

16. Modalità di predisposizione e pubblicazione del Programma della Trasparenza e dell'Integrità

Le Strutture competenti alla produzione dei dati, nel caso di necessità di pubblicazione sul sito di nuovi contenuti o di modifica di quelli presenti devono procedere preliminarmente ad acquisire l'assenso dei Referenti della pubblicazione. Le determinazioni assunte devono essere comunicate al Responsabile della Trasparenza ai fini del monitoraggio interno ed anche per l'aggiornamento del Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità. Viene ancora ribadito che ciascun Responsabile di Struttura/Ufficio è responsabile dell'attuazione della parte del Programma Triennale con riferimento alla pubblicazione delle informazioni di propria competenza.

Nel corso degli anni si è provveduto ad adeguare ed integrare le parti ancora da inserire in conformità al dettato normativo prevedendo di completare presumibilmente quelle parti ancora carenti nel più breve tempo possibile.

Le attività di promozione che si intende attivare, con il supporto della competente Struttura Formazione e Qualità dell'Azienda nel corso dell'anno 2021 e poi proseguire negli anni 2022 e 2023 saranno rivolte:

1. al personale che lavora in specifici ambiti ad alto rischio di corruzione;
2. al personale sanitario.

In particolare è stato richiesto alla suddetta Struttura l'organizzazione di corsi da destinare al personale dell'Azienda Ospedaliera che non è stato ancora formato in materia di anticorruzione e trasparenza, anche attraverso diverse sessioni per consentire a tutti i profili e ruoli professionali la partecipazione e con avvio entro il primo semestre del 2021. L'organizzazione di giornate di formazione specifica (ciascuna della durata di 7 ore) dedicate alle aree a maggior rischio per iniziare con le Direzioni Acquisti e Appalti e Personale e destinate ai dirigenti e posizioni organizzative che operano in detto settore e vertenti sulle materie specifiche oggetto delle attività afferenti alle Direzioni sopra citate. Tale tipologia di formazione potrebbe essere organizzata anche coinvolgendo le altre Aziende Sanitarie Regionali, prevedendo anche la formazione del personale dirigenziale per la corretta conoscenza e applicazione del Codice di Comportamento; se ne ripropone l'avvio entro il mese di giugno 2021.

Si prevede anche un corso per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, per i Responsabili delle Strutture Complesse Amministrative, per i titolari di Uffici e di funzioni strategiche, per coloro quindi che partecipano alla formazione ed attuazione delle misure di prevenzione, finalizzato ad acquisire elementi per la costruzione del PTPC (analisi di contesto, esterno ed interno, mappatura dei processi, individuazione e valutazione del rischio, identificazione delle misure e modalità di verifica e monitoraggio e controllo delle misure....) con indicazione di avvio entro il primo semestre del 2021.

Formazione specifica per il personale coinvolto in commissioni giudicatrici, collegi tecnici, per stesura di atti di gara ecc., con moduli dedicati alla gestione dei conflitti di interesse e incompatibilità, con proposta di avvio entro il primo semestre del 2021.

E' stata inoltre programmata la formazione obbligatoria rivolta a tutto il personale (sanitario e amministrativo) sugli obblighi di astensione e sulle conseguenze scaturenti dalla loro violazione e sui comportamenti da seguire in caso di conflitto d'interessi. Sanzioni applicabili per omessa o falsa dichiarazione sulla sussistenza delle situazioni di rischio; effetti della violazione delle disposizioni sul conflitto di interessi sul procedimento amministrativo e sul provvedimento conclusivo dello stesso prevedendone l'avvio entro il primo semestre del 2021.

Si prevedono inoltre comunicati stampa sullo stato di attuazione nonché su qualsiasi iniziativa aziendale in materia di trasparenza, legalità, cultura dell'integrità e sulla prevenzione della corruzione.



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

17. Ascolto degli stakeholder

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo degli stakeholder interni (sindacati, dipendenti) ed esterni (cittadini, associazioni, imprese...) l'Azienda sta valutando di perfezionare sul sito web una sezione dedicata e denominata "Contributo alla trasparenza" per chiedere informazioni. Detta sezione sarà curata all'interno delle attività dell'URP per intensificare la funzione di ascolto, sia in chiave valutativa della qualità dei servizi offerti (audit, reclami e segnalazioni), che in chiave propositiva in merito agli ambiti su cui attivare azioni migliorative.

18. Sistema di monitoraggio interno sull'attuazione del Programma

Premesso che con il termine aggiornamento del dato non si intende necessariamente la modifica del dato, essendo sufficiente un controllo dell'attualità delle informazioni pubblicate, anche a tutela di eventuali interessi individuali coinvolti. Si ricorda quanto già esplicitato nei precedenti Programmi Triennali della Trasparenza e Integrità e cioè che per dar conto dell'avvenuta verifica dell'attualità delle informazioni pubblicate è necessario che in ogni pagina della sezione "Amministrazione Trasparente" sia indicata la relativa data di pubblicazione.

Il decreto legislativo n.33/2013 ha infatti individuato quattro diverse frequenze di aggiornamento:

- cadenza annuale per i dati che, per loro natura, non subiscono modifiche frequenti o la cui durata è tipicamente annuale,
- cadenza semestrale, per i dati che sono suscettibili di modifiche frequenti ma per i quali la norma non richiede espressamente modalità di aggiornamento eccessivamente onerose in quanto la pubblicazione implica per l'Amministrazione un notevole impegno, a livello organizzativo e di risorse dedicate;
- cadenza trimestrale per i dati soggetti a frequenti cambiamenti;
- aggiornamento tempestivo per i dati che è indispensabile siano pubblicati nell'immediatezza dell'adozione.

Laddove la norma non menziona in maniera esplicita l'aggiornamento, si deve intendere che l'Amministrazione sia tenuta alla pubblicazione e, di conseguenza, a un aggiornamento tempestivo.

Per quanto attiene la durata dell'obbligo di pubblicazione, l'art.8, c.3 del D. Lgs. n.33/2013 dispone che i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, siano pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

Alla scadenza del termine di durata dell'obbligo di pubblicazione, i documenti e le informazioni e i dati sono comunque conservati e resi disponibili all'interno di distinte sezioni del sito archivio, collocate e debitamente segnalate nell'ambito della sezione "Amministrazione Trasparente", fatti salvi gli accorgimenti in materia di tutela dei dati personali nonché l'eccezione prevista in relazione ai dati di cui all'art.14 del D. Lgs. n.33/2013, che per espressa previsione di legge, non debbono essere riportati nella sezione archivio. Detto articolo è stato solo in parte modificato in relazione all'introduzione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato. La durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui decorre l'obbligo di pubblicazione e salvo quanto già previsto sulla durata della pubblicazione collegata alla durata degli effetti degli atti pubblicati e ai termini previsti in materia di tutela dei dati personali. Una importante modifica è quella apportata all'art.8, comma 3, dal D. Lgs. n. 97/2016: trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e



le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno. Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico generalizzato.

Come già precisato nei precedenti Programmi il monitoraggio per l'attuazione del programma è svolto a cura del Responsabile della Trasparenza con il supporto delle competenze interne aziendali. In particolare il monitoraggio consiste nella richiesta di report e nella verifica dei contenuti pubblicati sul sito finalizzata anche alla verifica dell'usabilità del complesso delle informazioni pubbliche.


Allegato 1. RELAZIONE ANNUALE R.P.C. ANNO 2020

Domanda	Risposta
Codice fiscale Amministrazione/Società/Ente	C.F./P.IVA 00679270553
Denominazione Amministrazione/Società/Ente	A.O. "S.MARIA" DI TERNI
Nome RPCT	MASSIMO
Cognome RPCT	RIZZO
Data di nascita RPCT	23/12/1970
Qualifica RPCT	Dirigente medico
Ulteriori incarichi eventualmente svolti dal RPCT	Dirigente medico DMPO
Data inizio incarico di RPCT	01/03/2019
Le funzioni di Responsabile della trasparenza sono svolte da soggetto diverso dal RPCT (Sì/No)	si
Organo d'indirizzo (solo se RPCT manca, anche temporaneamente, per qualunque motivo)	
Nome Presidente Organo d'indirizzo (rispondere solo se RPCT è vacante)	
Cognome Presidente Organo d'indirizzo (solo se RPCT è vacante)	
Data di nascita Presidente Organo d'indirizzo (solo se RPCT è vacante)	
Motivazione dell'assenza, anche temporanea, del RPCT	
Data inizio assenza della figura di RPCT (solo se RPCT è vacante)	

ID	Domanda	Risposta (Max 2000 caratteri)
1	CONSIDERAZIONI GENERALI SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) E SUL RUOLO DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)	
1.A	Stato di attuazione del PTPCT - Valutazione sintetica del livello effettivo di attuazione del PTPCT, indicando i fattori che hanno favorito il buon funzionamento del sistema	Nel corso dell'anno 2020, l'A.O. "S.Maria" di Terni ha fatto fronte all'emergenza rappresentata dalla Pandemia da Covid-19. Come in tutte le organizzazioni sanitarie, la necessità di adottare misure straordinarie e emergenti/urgenti ha di fatto determinato un'accelerazione delle procedure amministrative così come tra l'altro previsto dall'A.N.A.C. con gli atti prodotti nel corso del 2020; l'attuazione del PTPCT è risultata evidentemente penalizzata nella sua puntuale applicazione. Pur tuttavia, seppur in modo parziale, soprattutto la mappatura dei processi effettuata con i Direttori/Responsabili dei diversi Servizi interessati ha facilitato anche l'adozione delle misure prodotte dall'ANAC nel corso del 2020 inerenti la pandemia.
1.B	Aspetti critici dell'attuazione del PTPCT - Qualora il PTPCT sia stato attuato parzialmente, indicare le principali motivazioni dello scostamento tra le misure attuate e le misure previste dal PTPCT	Alla luce di quanto sopra, è evidente che la situazione emergenziale non ha consentito la puntuale adozione di quanto previsto nel PTCP 2019-2022 sempre e comunque nel pieno rispetto del corretto funzionamento dell'amministrazione. In particolare, dal mese di febbraio si è presentata una situazione che ha coinvolto l'Azienda e i diversi Uffici/Servizi nello sforzo di rafforzare, quasi sempre in emergenza/urgenza, la risposta all'emergenza pandemica in termini di dotazione del personale, di dotazione tecnologica, di revisione anche in termini strutturali e impiantistici, di percorsi aziendali, separando quelli destinati a Pazienti Covid da quelli per Pazienti sospetti ovvero no-Covid.
1.C	Ruolo del RPCT - Valutazione sintetica del ruolo di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione del PTPCT, individuando i fattori che ne hanno supportato l'azione	Le criticità generali dell'Azienda, dovute all'emergenza pandemica da Covid-19, hanno riguardato in maniera diretta il RPC, in quanto Dirigente medico della DMPO dell'A.O. "S.Maria" di Terni, nominato tra l'altro componente della Task Force aziendale e della Task -force Regionale per l'emergenza COVID: queste criticità hanno di fatto penalizzato il ruolo di impulso e coordinamento del RPCT. L'azione del RPC è stata tuttavia supportata dall'impegno dei Direttori/Responsabili nell'ottemperare a quanto richiesto in emergenza/urgenza per fronteggiare l'emergenza sanitaria nel pieno rispetto, sempre e comunque, del corretto funzionamento dell'amministrazione.
1.D	Aspetti critici del ruolo del RPCT - Illustrare i fattori che hanno ostacolato l'azione di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione del PTPCT	Si ribadisce che l'emergenza Covid ha di fatto visto penalizzato il ruolo di impulso e coordinamento del RPC (Dirigente medico della DMPO dell'A.O. "S.Maria" di Terni, componente tra l'altro della Task Force regionale e aziendale per l'emergenza da Covid-19), rispetto all'attuazione "puntuale" del PTPCT.

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO IL 31/03/2021 DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

La presente scheda è compilata dal RPCT delle pubbliche amministrazioni relativamente all'attuazione del PTPCT 2020 e pubblicata sul sito istituzionale dell'amministrazione. Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché gli enti pubblici economici utilizzano, per quanto compatibile, la presente scheda con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base al PNA 2019 (Delibera Anac n. 1064 del 13 novembre 2019).

ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menù a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nel PTPCT (<u>domanda facoltativa</u>)	Sì (indicare le principali criticità riscontrate e le relative iniziative adottate)	Nel corso dell'anno 2020, l'A.O. "S.Maria" di Terni ha fatto fronte all'emergenza rappresentata dalla Pandemia da Covid-19. Come in tutte le organizzazioni sanitarie, la necessità di adottare misure straordinarie e emergenti/urgenti ha di fatto determinato un'accelerazione delle procedure amministrative penalizzando anche il previsto monitoraggio puntuale: il monitoraggio è stato di fatto parziale.
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi e indicarne il numero (più risposte sono possibili). (Riportare le fattispecie penali, anche con procedimenti pendenti e gli eventi corruttivi e le condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019 (§ 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (§ 3.3.) e come mappati nei PTPCT delle amministrazioni):		
2.B.1	Acquisizione e gestione del personale		
2.B.2	Contratti pubblici		



**A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I**

2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.5	Affari legali e contenzioso		
2.B.6	Incarichi e Nomine		
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio		
2.B.8	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)		
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi		
2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nel PTPCT 2020 erano state previste misure per il loro contrasto		
2.E	Indicare se sono stati mappati i processi secondo quanto indicato nell'Allegato 1 al PNA 2019 (§ 3.2.)	Si, parzialmente	
2.F	Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle seguenti aree:		
2.F.1	Contratti pubblici	Si	
2.F.2	Incarichi e nomine		
2.F.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		



**A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I**

2.F.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.F.5	Acquisizione e gestione del personale	Si	
2.G	Indicare se il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni (<u>domanda facoltativa</u>)	No	
3	MISURE SPECIFICHE		
3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali	Sì,	
3.B.	Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate (<u>domanda facoltativa</u>)	1) LINEE GUIDA PER IL RAFFORZAMENTO DELLA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE IN MATERIA DI CONCORSI E SELEZIONI PUBBLICHE NEL SISTEMA REGIONALE UMBRO 2) ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE 3) REGOLAMENTO SU CORRETTO USO DI INTERNET, POSTA ELETTRONICA, TELEFONO/ FAX 4) ANAGRAFE UNICA DELLE STAZIONI APPALTANTI-AUSA 5) INDIVIDUAZIONE GESTORE DELLE SEGNALAZIONI NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO	



**A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I**

4	TRASPARENZA		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"	Sì (indicare le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati)	
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente", ha l'indicatore delle visite	Sì (indicare il numero delle visite)	
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice"	Sì (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)	2
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato"	Sì (riportare il numero complessivo di richieste pervenute e, se disponibili, i settori interessati dalle richieste di accesso generalizzato)	1 (Sistema di autoritenzione del rischio)
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi	Sì (se disponibili, indicare i settori delle richieste)	1) Sistema di autoritenzione del rischio 2) Bilancio 3) Provveditorato
4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze (<u>domanda facoltativa</u>)	Si	
4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati	Sì (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi)	Una rilevazione fatta nel 2020 su un campione di Uffici



**A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I**

4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento	ADEGUATO LIVELLO ADEMPIMENTO OBBLIGHI	
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione	No, anche se la misura era prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2020	
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione	Emergenza pandemica da Covid-19	
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione indicare se ha riguardato, in particolare: <u>(domanda facoltativa)</u>		
5.E.1	Etica ed integrità		
5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento		
5.E.3	I contenuti del PTPCT		
5.E.4	Processo di gestione del rischio		
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:		
5.C.1	SNA		
5.C.2	Università		
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)		
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)		
5.C.5	Formazione in house		
5.C.6	Altro (specificare quali)		



**A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I**

5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti		
6	ROTAZIONE DEL PERSONALE		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:	1721	
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati	419	
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati	1302	
6.B	Indicare se nell'anno 2020 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio	No, anche se la misura era prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2020	Nel PTPCT 2020-2022, era previsto che <i>"In tema di rotazione dei dirigenti e funzionari addetti soprattutto alle aree a più elevato rischio di corruzione, l'A.O. si impegna ad attuarla nei limiti e alle condizioni che oggettivamente lo consentono, visti anche i contenuti dell'intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita in data 24 luglio 2013 ed alla luce delle considerazioni contenute nel PNA 2016."</i> Risulta evidente che l'emergenza pandemica da Covid-19 ha reso impraticabile la rotazione del personale per la quale è evidentemente necessario tenere in considerazione la numerosità del personale potenzialmente interessato, e mettere in previsione tempi di "affiancamento", "presa visione" non compatibili con la necessità di rispondere tempestivamente alle richieste in emergenza sia in ambito sanitario che in ambito amministrativo.
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2020, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2020) <u>(domanda facoltativa)</u>		
7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013		



**AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI**

7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità	No. Anche nel corso dell'anno 2020, per quanto riguarda le nomine di Direttore sanitario e di Direttore Amministrativo, si è proceduto esclusivamente ad incaricare Dirigenti f.f.	
7.B	Indicare, con riferimento all'anno 2020, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013	No. Anche nel corso dell'anno 2020, per quanto riguarda le nomine di Direttore sanitario e di Direttore Amministrativo, si è proceduto esclusivamente ad incaricare Dirigenti f.f.	
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità	Sì (indicare quali e il numero di violazioni accertate)	NELL'AMBITO DELLE NORME CONCORSUALI, INCARICHI LEGALI
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi	Sì	Regolamento aziendale su Incarichi extra-istituzionali
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	No	
10	TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)		



**A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I**

10.A	Indicare se è stata attivata una procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici, come intesi all'art. 54-bis, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione	Nel PTCP 2020-2022, pur non essendo prevista la redazione di un'apposita procedura, vengono indicate le modalità per l'effettuazione della segnalazione e per la successiva protocollazione da parte del RPC. È attivo il sistema informatizzato dedicato per eventuali segnalazioni con garanzia di anonimato.	
10.B	Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione		
10.C	Se non è stato attivato il sistema informativo dedicato, indicare attraverso quali altri mezzi il dipendente pubblico può inoltrare la segnalazione		
10.D	Se è stata attivata la procedura, indicare se sono pervenute segnalazioni di whistleblower	No	
10.G	Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie (<i>domanda facoltativa</i>)	Il sistema attivato nel 2018 garantisce il perfetto anonimato del segnalatore in quanto la segnalazione è direttamente attribuita in capo al RPC. Con il PTPCT 2021/2023, si intende rafforzare l'informazione ai dipendenti e contestualmente la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie	
11	CODICE DI COMPORTAMENTO		
11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013)	Sì	



**A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I**

11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se gli obblighi di condotta ivi previsti sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni) (<i><u>domanda facoltativa</u></i>)	Si	
11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione	No	
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		
12.B	Indicare se nel corso del 2020 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti	Sì (indicare il numero di procedimenti)	1 (il procedimento disciplinare è collegato ad attività svolte presso altra Pubblica Amministrazione)
12.D	Se nel corso del 2020 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):	Non sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti	
12.D.1	Peculato – art. 314 c.p.	0	
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.	0	
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.	0	



**A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I**

12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio – art. 319 c.p.	0	
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.	0	
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.	0	
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.	0	
12.D.8	Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.	0	
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346- <i>bis</i> c.p.	0	
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.	0	
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 c.p.	0	
12.D.12	Altro (specificare quali)	1	Abuso d'ufficio - Art. 323 c.p.
12.E	Se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi, indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti penali (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree): <i>(domanda facoltativa)</i>		
12.E.1	Contratti pubblici		
12.E.2	Incarichi e nomine		
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		



**AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI**

12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale		
12.F	Indicare se nel corso del 2020 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali		
13	ALTRE MISURE		
13.A	Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.	No	
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati		
14	ROTAZIONE STRAORDINARIA		
14.A	Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. I-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva	No	
15	PANTOUFLAGE		
15.A	Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage di dirigenti	No	
15.B	Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage	Sì (indicare le misure adottate)	Dichiarazione al momento della cessazione del rapporto di lavoro.



Allegato 2

Mappatura dei processi

Area Organizzativa: S.C. Tecnico patrimoniale

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Monitoraggio e valutazione	Indicatore	tempistica
1.	Nomina Commissione Giudicatrice (scelta componenti, predisposizione provvedimento di nomina Commissione)	- Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso /partecipazione alla Commissione Giudicatrice (e/o individuazione) al fine di agevolare particolari soggetti - Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale	• È prevista la partecipazione di più Uffici e figure nonché di passaggi procedurali che garantiscono imparzialità e trasparenza. • Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi – Inconferibilità - . Dichiarazione ex art. 51 c.p.c. • Pubblicazione dei componenti delle commissioni sul sito web Aziendale- • Obblighi di rotazione nelle nomine • Tracciatura del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione.	ALTO	Audit in ordine alla composizione della commissione	Rendicontazione delle nomine dei Commissari di gara giudicatrice con cadenza annuale.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Affidamento incarichi professionali	- Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un professionista; - Eventuale abuso nel ricorso all'affidamento diretto ed alle procedure negoziate senza bando al fine di favorire un professionista; - Alterare le verifiche per favorire alcuni operatori economici	• Attuazione di procedura di scelta del contraente caratterizzata dall'adozione preventiva di regole atte a garantire un maggiore grado di tutela della concorrenza; • Creazione di parametri definiti e specifici per la valutazione delle offerte economicamente più vantaggiose; • Rotazione dei professionisti iscritti all'Albo della Regione Umbria secondo criteri di competenza; • Pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ente degli avvisi di selezione per l'affidamento dell'incarico e dell'elenco degli incarichi conferiti; • rispetto degli obblighi di pubblicità di cui al D.Lgs. 33/2013 • pubblicazione degli esiti dei provvedimenti • pubblicazione degli atti stessi sul sito della Azienda	ALTO	Previsione di un controllo periodico a campione sui provvedimenti del settore	Numero affidamenti aggiudicati negli ultimi cinque anni	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

Area Organizzativa: S.C. Tecnico patrimoniale

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Monitoraggio e valutazione	Indicatore	tempistica
3.	Gestione procedure di gara (Predispensione documentazione di gara, indizione procedura, svolgimento gara, predisposizione provvedimento di affidamento, stipulazione contratto)	- Previsione di elementi ad elevata discrezionalità nella definizione dei criteri e nell'attribuzione dei punteggi - Discrezionalità interpretativa delle regole di affidamento con improprio utilizzo dei modelli procedurali al fine di agevolare particolari soggetti - Uso distorto dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a fini impropri; - Omissione delle verifiche in capo all'aggiudicatario o alterazioni delle stesse per favorire altri operatori economici; - Ritardi o inesattezze nelle formalizzazioni che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi dai vincoli contrattuali	• Garantire la massima imparzialità e trasparenza attraverso: 1. Presenza di più incaricati nell'espletamento dell'istruttoria, fermo restando la responsabilità del procedimento in capo ad un unico dipendente 2. Formalizzazione delle principali fasi procedurali (es. pubblicazioni sul sito web aziendale e certificazioni di regolare esecuzione) • Definizione analitica dei requisiti occorrenti ; • Verifica di conformità ai bandi tipo ANAC e obbligo di motivazione in caso di scostamenti; • Pubblicazione degli avvisi e dei bandi sul sito della Azienda • Tempestività della pubblicazione degli esiti dei provvedimenti • Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse • Obbligo di motivazione nella delibera a contrarre circa la scelta della procedura e circa il sistema di affidamento; • Rispetto delle normative sulla tracciabilità dei pagamenti; • previsione di clausole risolutive del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei patti d'integrità	ALTO	- Audit a campione sulle procedure non aperte	Il valore delle procedure non aperte (cottimo, affidamento Diretto o senza pubblicazione del bando), /valore complessivo delle procedure in un determinato periodo	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

Area Organizzativa: S.C. Tecnico patrimoniale

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Monitoraggio e valutazione	Indicatore	tempistica
4.	Autorizzazione ai subappalti	Abuso della discrezionalità nella verifica della documentazione presentata al fine di agevolare determinati soggetti, ricorso improprio all'utilizzo del silenzio assenso	Trasmissione alla competente Prefettura della documentazione per il rilascio delle informazioni antimafia	ALTO	- Previsione di forme di controllo in ordine all'applicazione dell'istituto - Valorizzazione del controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa.	Verifica della liquidazione dei lavori subappaltati come da contratto	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5.	Varianti in corso di esecuzione dei contratti d'appalto	- Ammissione di varianti per consentire all'appaltatore di recuperare il ribasso offerto in sede di gara o conseguire utilità ulteriori	- Assoggettamento delle varianti a controllo successivo; - Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti; - Pubblicazione sul sito web Aziendale degli atti.	ALTO	Audit in ordine all'applicazione dell'istituto	Numero degli affidamenti con almeno una variante / il numero totale degli affidamenti effettuati nell'arco dei tre anni	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti



Area Organizzativa: S.C. Tecnico patrimoniale

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Monitoraggio e valutazione	Indicatore	tempistica
6.	Procedura negoziata	Abuso della procedura negoziata al solo scopo di favorire una o più imprese	• Valorizzazione del controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. • Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare. • Pubblicazione sul sito aziendale delle sedute di gara e pubblicazione della determina a contrarre • Pubblicazione degli esiti delle procedure	ALTO	Audit a campione sulle procedure non aperte	Il valore delle procedure non aperte/il valore complessivo delle procedure in un determinato periodo	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
7.	Risoluzione delle controversie	Scelta di sistemi alternativi a quelli giudiziali al solo scopo di favorire l'appaltatore	• Assoggettamento a controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. • Pubblicazione sul sito web Aziendale degli atti corrispondenti	MEDIO	Audit in ordine alla risoluzione contrattuale	Numero delle risoluzioni delle controversie /numero appalti affidato nell'arco dei cinque anni.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
8.	Contabilizzazione lavori In corso d'opera stato finale a collaudo	Abusi/irregolarità nella vigilanza/contabilizzazione lavori per favorire l'impresa esecutrice	• Assoggettamento delle varianti a controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. • Pubblicazione sul sito web Aziendale atti dei corrispondenti	ALTO	Audit a campione in ordine ai contratti, alla contabilità, allo stato finale ed al collaudo.	Rapporto tra scostamenti di costo di ogni singolo contratto / il numero complessivo di contratti conclusi. Numero di audit con esito negativo	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti


Area Organizzativa: S.C. Tecnico patrimoniale

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Monitoraggio e valutazione	Indicatore	tempistica
9.	Liquidazioni (fatture, imposte e tasse, oneri condominiali)	Liquidazione non dovute	• Più attori nel processo • Il controllo delle fatture viene svolto da una funzione diversa da quella che svolge l'ordine • Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+RUP+dirigente)	BASSO	Corrispondenza dovuto/liquidato	Verifica a campione della corrispondenza a dovuto/liquidato	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti


Area Organizzativa: S.C. Servizio Farmaceutico

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1	Programmazione e acquisti	- Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità	• Monitoraggio scadenze contrattuali • Individuazione delle priorità sulla base di criteri economici e delle scadenze contrattuali	ALTO	Numero di richieste di rinnovo contrattuale inviate in ritardo rispetto al termine di 3 mesi dalla scadenza del precedente contratto/ n° totale di richieste di rinnovo contrattuale	L'indicatore deve essere monitorato con cadenza annuale da parte dell'Ufficio Provveditorato	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2	Acquisti da contratto	- Ordini di quantitativi superiori alle effettive necessità	• D.Lgs 50/2016 e D.Lgs.56/2017 • D.P.R. N. 207/2012 • Delibera di aggiudicazione • Contratto stipulato con i fornitori • Responsabile Esecuzione del contratto	BASSO	Valore dell'ordinato superiore all'importo contrattuale e giacenze alte rispetto al consumato	L'indicatore deve essere monitorato periodicamente nell'ambito della validità contrattuale.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3	Gestione magazzino farmaceutico	- Mancata rilevazione della non corrispondenza della merce pervenuta con quanto indicato nel documento di trasporto - Evasione richieste non congrue rispetto alle medie di consumo dei vari CDC.	• Al processo partecipano più operatori • Le non conformità delle forniture sono registrate anche nella procedura SAP	MEDIO	• Numero non conformità rilevate nel controllo merci • Numero evasione richieste non congrue	Monitoraggio annuale degli indicatori	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

Area Organizzativa: S.S. Acquisizione beni e servizi

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	Tempistica
1	Programmazione. Definizione dei fabbisogni di beni consumabili e servizi	- Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza efficacia ed economicità - Nelle consultazioni preliminari di mercato, la mancanza di trasparenza nelle modalità di dialogo con gli operatori consultati - Acquisizione di prodotti impropriamente classificati come infungibili	- Il fabbisogno deve essere espressamente esplicitato in termini di natura, quantità e tempistica - Adozione di delibera per programmazione triennale degli acquisti - Individuazione criteri di priorità - Elaborazione dello scadenario dei contratti - Pubblicazione periodica degli affidamenti - Pubblicazione, sui siti istituzionali, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni - Applicazione delle Linee guida ANAC n. 8 "Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili" - Dichiarazione di infungibilità del professionista competente	ALTO	- Numero degli affidamenti non programmati, rispetto al totale degli affidamenti effettuati in un determinato arco di tempo - Numero affidamenti per prodotti infungibili effettuati in conformità alle Linee Guida ANAC e con Dichiarazione di infungibilità del professionista competente	- Gli affidamenti non programmati non devono essere più del 50% del totale degli affidamenti effettuati - Il 100% degli affidamenti per prodotti infungibili effettuati in conformità alle Linee Guida ANAC e con Dichiarazione di infungibilità del professionista competente	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti



2	Progettazione della gara Predisposizioni e Capitolati d'appalto da porre a base di gara	- Previsione di requisiti restrittivi di partecipazione alla gara - Previsione di elementi ad alta discrezionalità nella definizione delle caratteristiche tecnico-economiche tali da favorire un operatore economico o da eludere l'applicazione di alcune disposizioni normative - Acquisto autonomo di beni presenti in convenzioni, accordi quadro e mercato elettronico - Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore; - Individuazione discrezionale degli operatori economici da consultare e mancata rotazione nelle procedure negoziate e affidamenti diretti - Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere; - Acquisto autonomo di beni/servizi presenti in convenzioni-accordi quadro-SDAPA-MEPA - Il ricorso al criterio dell'OEPV per l'affidamento di beni e servizi standardizzati - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti - Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo.	- Acquisizione di dichiarazioni, da parte dei soggetti coinvolti nella progettazione, con le quali si attesta l'assenza di incompatibilità e di conflitto di interessi in relazione alla gara. - Obbligo di motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura in relazione all'offerta della Centrale di committenza e di Consip, sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale - Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare per procedure negoziate e affidamenti diretti - Pubblicazione di appositi avvisi per manifestazioni di interesse, sorteggi su MEPA e utilizzo di elenchi aperti di operatori economici - Determinazione dell'importo del contratto a base d'asta: il valore stimato del contratto è basato sui dati di consumo; peraltro i DEC certificano tali valori e devono adeguatamente relazionare nel caso di variazioni nella nuova gara dell'importo necessario a garantire la corretta esecuzione del contratto - Acquisizione di dichiarazioni, da parte dei soggetti coinvolti nella progettazione, con le quali si attesta che i beni/servizi non sono presenti sulla piattaforma CONSIP. - Adozione di direttive interne che limitino il ricorso all'OEPV, in caso di affidamento di beni/servizi standardizzati - Utilizzo dei bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC (misura da adottare nei primi sei mesi dell'anno 2020) - Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici - Pubblicazione nominativi dei componenti delle commissioni e dei curricula sul sito aziendale - Comunicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara - Acquisizione offerte tramite protocollo generale dell'ente per le gare che non si svolgono su piattaforma informatica - Conservazione illimitata della documentazione di gara negli archivi aziendali - Menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta	ALTO	- Numero di delibere a contrarre con indicazione dell'avvenuta verifica dell'esistenza di convenzioni stipulate dalla Centrale di committenza o da Consip rispetto al numero totale di delibere a contrarre - Numero degli affidamenti che hanno utilizzato come criterio di scelta quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa rispetto a tutti gli affidamenti effettuati	- Il 100% delle delibere a contrarre deve indicare l'avvenuta verifica dell'esistenza di convenzioni stipulate dalla Centrale di committenza o da Consip - Il 100% degli acquisti di prodotti standardizzati deve essere effettuato con il criterio del prezzo più basso	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti 110
---	---	--	---	------	---	---	---

3	RUP	- Conflitto d'interesse in relazione all'affidamento - Nomina di responsabili del procedimento privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza;	- Misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari - Acquisizione dichiarazione assenza conflitto d'interesse - Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione straordinaria da applicarsi successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi, prevista nel d.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, art. 16, co. 1, lett. l-quater	ALTO	- Numero dichiarazioni acquisite	- 100% dichiarazioni rispetto agli affidamenti	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
4	Adesione agli strumenti delle Centrali di Committenza o dei soggetti aggregatori	- Mancato rispetto dei tempi di invio fabbisogni - Mancata/parziale adesione rispetto al fabbisogno espresso	- Acquisizione dei dati presso i servizi competenti e controllo dei tempi d'invio	MEDIO	Numero invii fabbisogni entro i termini	Gli invii tardivi non devono superare il 50% degli invii	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
					Numero recepimenti rispetto i fabbisogni espressi	100% di adesioni rispetto ai fabbisogni espressi	
5	Selezione del contraente	- Manipolazioni per ridurre il numero dei concorrenti o per applicare in modo distorto i criteri di aggiudicazione	- Rilascio da parte dei commissari delle dichiarazioni di assenze di conflitto di interessi, di inconfiribilità e dichiarazione ex art.51 c.p.c.	ALTO	- Numero procedure con un solo offerente rapportato al numero totale di procedure attivate - Numero delle dichiarazioni acquisite rispetto al numero dei commissari nominati	- Il numero delle procedure con un solo offerente non deve superare il 50% del totale delle procedure attivate - Acquisizione del 100% delle dichiarazioni dei commissari -	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

6	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	- Tempo intercorrente tra aggiudicazione efficace e stipula - Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche in capo all'aggiudicatari - Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti; - Mancata pubblicazione dei provvedimenti di affidamento per evitare la proposizione di ricorsi - Mancata pubblicazione dei provvedimenti di esclusione per evitare la proposizione di ricorsi - Ricorrenza delle aggiudicazioni ai medesimi Operatori economici	- Rilevazione tempi di stipula - Utilizzo AVCPASS - Tracciabilità dei flussi finanziari - Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità - Adozione degli affidamenti con Delibera del Direttore Generale o con Determina Dirigenziale, pubblicate nell'Albo Pretorio dell'Ente - Pubblicazione dei provvedimenti di esclusione sul portale aziendale, sezione "Amministrazione trasparente" e comunicazione degli stessi agli interessati nei termini di legge - Pubblicazione di appositi avvisi per manifestazioni di interesse	MEDIO	- Numero contratti verificati - Numero degli aggiudicatari verificati rispetto alle aggiudicazioni effettuate - Numero degli affidamenti pubblicati nell'Albo Pretorio dell'Ente rispetto agli affidamenti effettuati - Numero provvedimenti di esclusione pubblicati sul portale aziendale e comunicati agli stessi agli interessati rispetto al totale	- Il numero dei contratti stipulati dopo 60 gg. dall'efficacia dell'aggiudicazione, non deve superare il 50% dei contratti stipulati - 100% degli aggiudicatari con controlli diversificati con riferimento al valore dell'affidamento - 100% degli affidamenti pubblicati nell'Albo Pretorio - 100% dei provvedimenti di esclusione pubblicati sul portale aziendale e comunicati agli stessi agli interessati	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
---	--	--	---	-------	---	--	---



7	Esecuzione del contratto	- Mancato controllo sullo stato di avanzamento dell'esecuzione - Mancato rispetto dei tempi di esecuzione e delle clausole contrattuali	- Individuazione del Direttore Esecuzione del Contratto - Trasmissione all'ANAC delle varianti - Ammissione esclusivamente dei subappalti indicati in sede di offerta e nel limite della quota del 40% dell'importo del contratto - Redazione, per i maggiori servizi appaltati, di apposite check-list a cura del Direttore di Esecuzione del Contratto e dei relativi assistenti per verificare la conformità al contratto delle prestazioni rese e il rispetto delle tempistiche (misura da adottare nei primi sei mesi dell'anno 2020) - Applicazione di penali a carico dell'appaltatore - Pubblicazione degli accordi bonari e transazioni nel periodo di riferimento	ALTO	- Numero dei subappalti indicati in sede di offerta rispetto al totale di subappalti - Numero dei subappalti controllati rispetto al totale di subappalti - Numero di accordi bonari e transazioni pubblicati rispetto al totale di accordi bonari e transazioni	- 100% dei subappalti indicati in sede di offerta - 100% dei subappalti controllati - 100% di accordi bonari e transazioni pubblicati	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
---	--------------------------	--	--	------	--	---	---



8	Rendicontazione del contratto	- Mancata acquisizione dei certificati di regolare esecuzione, di acquisizione dei beni o dei collaudi - Mancata acquisizione del CIG	- Nomina del Direttore Esecuzione del Contratto e individuazione del Responsabile dei recepimenti del bene - Pubblicazione del report periodico delle procedure di gara espletate sul sito aziendale - Effettuazione dei pagamenti solo a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto rilasciata dal Direttore di Esecuzione del Contratto	MEDIO	- Numero dei collaudi effettuati rispetto al numero degli acquisiti di apparecchiature - Numero di pagamenti effettuati a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto rispetto al numero totale di pagamenti	- 100% dei collaudi delle apparecchiature - 100% dei pagamenti effettuati a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
9	Liquidazione	- Liquidazione somme non dovute - Collusione con l'appaltatore per agevolarlo nella fase di liquidazione	- Regolamento aziendale (misura da adottare nei primi sei mesi dell'anno 2020) - Più attori coinvolti nel processo - Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+ RUP+ dirigente) - Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale	BASSO	- Numero di liquidazioni effettuate con Determina Dirigenziale informatizzata rispetto al numero totale di liquidazioni	- 100% liquidazioni effettuate con Determina Dirigenziale informatizzata	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti



10	Gestione cassa economale	- Sottrazione indebita somme	- Regolamento aziendale	BASSO	Numero rilievi del Collegio Sindacale	0 rilievi del Collegio Sindacale	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
11	Gestione magazzini economali	- Sottrazione indebita beni	- Adozione modulistica carico/scarico - Richieste dei reparti e ricevute con timbro e firma leggibile	BASSO	Discordanze riscontrate in sede di inventario	0 discordanze	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti



Area Organizzativa: Servizio Economico Finanziario

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Ciclo passivo: pagamenti	Mancato rispetto della cronologia per effettuazione di pagamenti	Presenza del manuale aziendale del ciclo passivo che impone il pagamento entro 10 giorni dalla data della determina di liquidazione qualora tutti i controlli (DURC, Equitalia, tracciabilità, controlli ex 48 bis ...) risultino regolari.	BASSO	Pagamenti effettuati dopo il 10° giorno dal ricevimento della determina	Numero dei pagamenti oltre il 10° giorno dalla determina non giustificati da impedimenti normativi	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
2.	Ciclo attivo: riscossioni	Riscossione di somme diverse da quelle dovute	- Presenza del manuale aziendale del ciclo attivo - Presenza del regolamento delle casse - Alta informatizzazione delle procedure di fatturazione ed incasso	BASSO	Concordanza fra fattura emessa e la documentazione fornita.	Controllo a campione	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
3.	Registrazione incassi Centri Unificati Prenotazione (CUP)	Versamento inferiore all'incasso	Verifica mensile della corrispondenza tra gli incassi presso il tesoriere e gli incassi risultanti dalla procedura gestionale di contabilità	BASSO	Corrispondenza fra la documentazione attestante il carico degli incassi registrati nelle procedure e quelli realmente versati in tesoreria	Controllo a campione	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
4.	Reintegro Cassa economale	Non corretta verifica	- Applicazione regolamento aziendale - Verifiche effettuate entro 7 giorni dal ricevimento della documentazione	BASSO	Verifiche rispetto tempi di reintegro	Relazione annuale	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

Area Organizzativa: S.C. Direzione Risorse Umane

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione	Tempistica
	Assunzione a tempo indeterminato Direttore di Struttura Complessa	– Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura – l'individuazione del profilo professionale deve essere adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e deve essere connotata da elementi di specificità e concretezza	– Qualificazione del personale addetto – Nella delibera andrà evidenziata la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore, le necessità assistenziali della popolazione afferente al bacino di utenza di riferimento, la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo. – Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione	ALTO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Procedura concorsuale assunzione a tempo indeterminato personale Dirigenziale	– Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura – l'individuazione del profilo professionale deve essere adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e deve essere connotata da elementi di specificità e concretezza	Qualificazione del personale addetto	ALTO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Procedura concorsuale assunzione a tempo indeterminato personale del Comparto	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	Qualificazione del personale addetto	MEDIO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

Area Organizzativa: S.C. Direzione Risorse Umane

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione	Tempistica
4.	Procedure concorsuali ai fini del reclutamento categorie protette ex L. 68/99 - art. 8 – art. 18	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	Qualificazione del personale addetto	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5.	Procedura riferita alla Mobilità Volontaria Regionale ed Interregionale	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	Qualificazione del personale addetto	MEDIO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
6.	Procedure selettive riferite al reclutamento di personale a tempo determinato	– Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura – mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi <i>ad interim</i> o utilizzando lo strumento del facente funzione	– Qualificazione del personale addetto – vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali	MEDIO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
7.	Procedure relative all'utilizzo delle graduatorie (di avviso pubblico e di concorso pubblico)	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	Qualificazione del personale addetto	MEDIO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
8.	Procedure relative all'emissione di avvisi pubblici per l'attivazione di contratti di collaborazione a progetto, libero professionali, ecc.	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	Qualificazione del personale addetto	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

Area Organizzativa: S.C. Direzione Risorse Umane

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione	Tempistica
9.	Procedure finalizzate al riconoscimento di benefici contrattuali e di legge	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	controlli incrociati	MEDIO	Relazione sulla verifica a campione dell'effettivo doppio controllo	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
10.	Procedure finalizzate al riconoscimento del diritto alla retribuzione accessoria (indennità, ecc.)	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	controlli incrociati	MEDIO	Relazione sulla verifica a campione dell'effettivo doppio controllo	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
11.	Procedure finalizzate alla stipula di atti convenzionali con soggetti terzi	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Richiesta pareri Dirigenti interessati	BASSO	N° convenzioni/richiesta pareri	Verifica e Relazione al R.P.C.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
12.	Procedure finalizzate alla erogazione degli stipendi e relative buste paga	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Qualificazione del personale addetto - Controlli incrociati	BASSO	Verifica sul doppio controllo incrociato	Verifica e Relazione al R.P.C.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
13.	Procedure finalizzate alla gestione delle cessioni del quinto dello stipendio (Società finanziarie, INPDAP)	Inosservanza delle norme di legge e regolamentari	Qualificazione del personale addetto - Doppio Controllo	BASSO	Verifica dell'effettivo doppio controllo	Relazione al R.P.C.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
14.	Procedure finalizzate al riconoscimento dei diritti previdenziali	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Qualificazione del personale addetto	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi

Area Organizzativa: S.C. Direzione Risorse Umane

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione	Tempistica
							precedenti
	Cessazione contratto di lavoro	Svolgimento attività lavorativa in contrasto al divieto di svolgere nei tre anni successivi attività presso soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati con il proprio apporto decisionale	Rilascio ai dipendenti di una nota per informare i dipendenti che cessano l'attività del divieto di cui all'art. 1 comma 42 lett. L, della L. 190/2012. Previsione nella determina dirigenziale di apposito articolo che contenga la descrizione dell'art. 1 comma 42 lett. L, della L. 190/2012	MEDIO	100% della consegna ai dipendenti cessati dell'informativa 100% dell'inserimento dell'articolo contenente la descrizione dell'art. 1 comma 42 lett. L, della L. 190/2012	Relazione annuale	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
16.	Assunzione di personale a qualsiasi titolo	Comportamenti inadeguati per mancata conoscenza dei contenuti del P.T.P.C.T., Codice di Comportamento.	– Consegna del Piano Triennale della Prevenzione anche mediante la comunicazione dell'obbligo di prenderne visione e conoscenza consultando il sito web aziendale (contenente il Codice di Comportamento ed il Piano per la trasparenza). – previsione in tutti i contratti di assunzione del personale della clausola che sancisce il divieto di prestare attività lavorativa nei termini sopra descritti con specifica delle conseguenze in caso di violazione.	BASSO	100% della consegna ai dipendenti del P.T.P.C.T. o di avvenuta dichiarazione di averne preso atto e conoscenza	Relazione annuale	Entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

