

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Via Dei Lotti, n. 40
36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

Aggiornamento 2018-2020

(Legge 6 novembre 2012, n. 190)

Approvato con deliberazione n. 73 del 31.01.2018

INDICE

Premessa	5
Sezione prima: Prevenzione della Corruzione	
Riferimenti normativi	6
Definizione di corruzione	8
Contenuti e finalità del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.)	8
I soggetti	9
Analisi del contesto	14
La gestione del rischio di corruzione	19
Analisi dei processi, valutazione, ponderazione e trattamento del rischio	19
Aree di rischio: eventi corruttivi e misure	
Aree di rischio generali	21
Aree di rischio specifiche	25
Ambito di attività per il triennio 2018 – 2020	
Elenco dei processi e descrizione dei loro limiti	30
Misure e strumenti per prevenire il rischio di corruzione	32
Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>pantouflage</i>)	37
Integrazione	
Integrazione delle misure di prevenzione della corruzione con il Piano Performance	38
Le linee programmatiche e gli obiettivi	39
Il piano di settore della Prevenzione della corruzione	40
Definizione scelte strategiche di sviluppo del piano	41
Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illecito (<i>whistleblower</i>)	43
Responsabilità e altre sanzioni	44
Responsabilità del R.P.C.T.	44
Responsabilità dei dipendenti	44
Provvedimenti nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo e dei dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi	45
Pubblicazione	45
Disposizioni finali	45

Sezione seconda: Trasparenza	46
Gli obblighi di trasparenza disciplinati dal d. lgs n. 33/2013, come novellato dal d. lgs n. 97/2016	46
Premessa	46
Trasparenza come misura di prevenzione della corruzione	46
Elementi identificativi e caratterizzanti dell'Azienda: Denominazione, sede legale e Logo aziendale	47
Missione, valori e relativi obiettivi	48
Processo di attuazione degli obblighi di trasparenza - responsabilità e sanzioni	49
Piano di settore della Trasparenza	50
Istituto dell'accesso civico	54

Premessa

La legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016, avente ad oggetto *“Istituzione dell’Ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero”. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS”*, ha apportato notevoli mutamenti all’assetto organizzativo delle Aziende ULSS del Veneto.

A partire dal 1° gennaio 2017 l’Azienda ULSS n. 7 Pedemontana, costituita dalla fusione delle due precedenti Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa e Ulss 4 Alto Vicentino, con cessazione di quest’ultima per incorporazione, ex lege L. R. Veneto n. 19 del 25.10.2016, ha iniziato ad attivare le azioni e ad adottare gli strumenti giuridici per adempiere agli obblighi, e, ancor più, alla ratio delle normative vigenti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 58 del 23/01/2017, è stata nominata, a decorrere dal 01.02.2017, Responsabile per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, la dott.ssa Michela Piccinini, Responsabile del Servizio Controllo di Gestione e Controllo Interno. Preso atto della grande trasformazione in essere nella sanità veneta, si rende necessario predisporre un Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione che tenga conto della nuova organizzazione, prendendo in esame i singoli processi con una mappatura degli stessi.

Il 18 gennaio 2018 è stato approvato l’Atto Aziendale dell’Azienda Ulss 7 Pedemontana, documento fondamentale che definisce la nuova forma organizzativa e diventa la base per reingegnerizzare i processi. In questa prima fase, infatti, sarà proseguito il lavoro già iniziato lo scorso anno, al fine di armonizzare le procedure, mettendo in sinergia le esperienze del personale delle due precedenti Aziende.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) è un documento di natura programmatica che ingloba le misure di prevenzione obbligatorie per legge e quelle ulteriori definite a livello aziendale, coordinandone gli interventi.

Il P.T.P.C. *“non si configura come un’attività compiuta con un termine di completamento finale, bensì come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono via via affinati, modificati o sostituiti, in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione”* (Linee del Comitato interministeriale di cui al D.P.C.M. 16 gennaio 2013).

Sezione prima: Prevenzione della Corruzione

Riferimenti normativi

Il presente Piano dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 Pedemontana, per il triennio 2018-2020, tiene conto delle indicazioni legislative ed amministrative in vigore di cui si elencano le principali, con particolare attenzione alle determinazioni dell'ANAC, a cui comunque si rimanda al sito www.anticorruzione.it

Normativa:

- D.Lgs. 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", in particolare l'art. 11;
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 – "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 – "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" come novellato dal D. Lgs. n. 97/2016 "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, a sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle pubbliche amministrazioni";
- D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39 – "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 – "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, adottato in data 9 settembre 2014, per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento;
- Art. 7 della Legge 7 agosto 2015 n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- D.Lgs. 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, a sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle pubbliche amministrazioni" - che, nel modificare il D.Lgs. 33/2013 e la L. 190/2012, ha fornito ulteriori indicazioni sul contenuto del PTPC.

Altra normativa di riferimento:

- Legge 7 agosto 1990, n. 241 - Nuove norme sul procedimento amministrativo;

Circolari, deliberazioni e altra documentazione:

- Direttiva n. 8/2009 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione "per la redazione dei siti web delle Pubbliche Amministrazioni e per il miglioramento della qualità dei servizi e delle informazioni on line al cittadino";
- Delibera CIVIT n. 105/2010 "Linee guida per la predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (art. 13 comma 6 lett. e), D.Lgs n.150/2009";
- Delibera Garante per la protezione dei dati personali 2 marzo 2011 "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";
- Linee guida per i siti web delle PA di luglio 2011, predisposte ai sensi dell'art. 4 della direttiva 8/2009 del Ministro della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione;
- Delibera CIVIT n. 2/2012 "Linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità";

- Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 25 gennaio 2013, n. 1 – “Legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 19 luglio 2013, n. 2 – “D.Lgs n. 33 del 2013 - attuazione della trasparenza”;
- Delibera n. 50/2013 del 4 luglio 2013 dell’Autorità Nazionale Anticorruzione – “Linee guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e integrità 2014-2016”;
- Delibera dell’A.N.A.C. n. 72/2013 dell’11 settembre 2013 – “Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera dell’A.N.A.C. n. 75/2013 del 24 ottobre 2013 – “Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, D. Lgs. n. 165/2001)”;
- Deliberazione Garante per la protezione dei dati personali 15 maggio 2014, n. 243 - “Linee guida in materia di trattamento dei 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”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 settembre 2014 “Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell’indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni”;
- Comunicato ANAC 12 dicembre 2014 – Scheda standard per la predisposizione della Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- Protocollo d’intesa 5 novembre 2014 tra l’Autorità Nazionale Anticorruzione e l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;
- Delibera A.N.A.C n. 149 /2014;
- DGRV n. 1169 dell’8 settembre 2015 - “D.L. n. 78/2015 convertito con L. 6 agosto 2015 n. 125 – articoli da 9-bis a 9-octies- recepimento e disposizioni regionali attuative”;
- Determinazione ANAC n. 8 del 2015 – “Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento”;
- Determinazione A.N.A.C. n. 12 del 28 ottobre 2015 – “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Deliberazione del Commissario ex U.L.S.S. n. 4 n. 498 di reg. del 09/06/2016 “A.C.N. per i Medici Specialisti Ambulatoriali interni, Veterinari e altre professionalità sanitarie approvato il 17.12.2015 dalla Conferenza Permanente tra lo Stato e le Regioni – Adozione Codice di Comportamento – Sanzioni disciplinari.”
- Determinazione ANAC 16 novembre 2016 – “Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell’articolo 47 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97”;
- Comunicato ANAC 20 dicembre 2016 – Schema di “Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013 “Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali” come modificato dall’art. 13 del d.lgs. 97/2016”;
- Determinazione A.N.A.C. n. 831 del 3 agosto 2016 - “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;
- Determinazione A.N.A.C. n. 1309 del 28 dicembre 2016 - “Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5, comma 2 del D. Lgs. 33/2013”;
- Determinazione A.N.A.C. n. 1310 del 28 dicembre 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”.
- 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

Definizione di corruzione

Si conferma la definizione del fenomeno non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration", 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.

Le misure di prevenzione hanno quindi l'obiettivo strategico di:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- favorire il miglioramento del sistema, valorizzando i principi fondamentali di eguaglianza, trasparenza, fiducia nelle istituzioni, di legalità e imparzialità dell'azione pubblica.

L'Azienda U.L.S.S. n. 7 Pedemontana, nel dare attuazione alla L. 190/2012, così come modificata dal D.Lgs n. 97/2016, riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, ritenendole parte essenziale per il perseguimento della propria missione e delle funzioni istituzionali.

Contenuti e finalità del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.)

Il P.T.P.C., in applicazione delle previsioni di cui alla legge n. 190/2012 e del quadro normativo successivo, secondo principi di dinamicità, modularità e progressività:

- individua e descrive, le aree che, in prima pianificazione, possono risultare esposte al rischio di corruzione;
- definisce la metodologia per la gestione del rischio;
- indica l'adozione di misure e meccanismi di informazione, formazione e controllo;
- individua i soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione e le modalità di coinvolgimento nell'attività di prevenzione e controllo.

Il P.T.P.C. rappresenta il primo atto di un processo destinato a sviluppo e progressiva correzione e implementazione da apportarsi, a seguito delle analisi che saranno condotte in collaborazione con i Direttori/Responsabili delle articolazioni aziendali nonché per effetto degli esiti delle verifiche e monitoraggi che verranno eseguiti con i soggetti aziendali coinvolti nel processo.

L'obiettivo di tali interventi è quello di ottenere, nel corso del triennio di riferimento, la valutazione del livello di esposizione al rischio mediante l'adozione di misure volte a impedire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione.

Con riferimento all'ambito soggettivo di applicazione, le disposizioni del P.T.P.C. riguardano tutti i dipendenti dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 Pedemontana, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, anche in posizione di comando e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

Il P.T.P.C. è uno strumento di misure concrete, da realizzare per attuare un'efficace prevenzione e lotta alla corruzione.

Altro contenuto indefettibile del P.T.P.C. riguarda la definizione delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza.

Quest'ultima deve contenere le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente. In essi devono essere chiaramente identificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni.

I soggetti

La concreta attuazione delle misure anticorruzione è strettamente legata al ruolo attivo dei dirigenti.

Tutti i dipendenti delle strutture coinvolte nell'attività mantengono ciascuno il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti, così come previsto dall'art. 1 comma 44 della L.190/2012. Inoltre, al fine di realizzare la prevenzione, l'attività del R.P.C.T. deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione aziendale.

Lo svolgimento del ruolo di impulso che la legge affida al R.P.C.T. richiede che:

- l'organizzazione amministrativa sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento e processo;
- le articolazioni aziendali siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'input ricevuto.

Tutte le articolazioni aziendali sono tenute a fornire il loro supporto collaborativo al R.P.C.T. secondo le modalità di raccordo definite dal R.P.C.T. medesimo.

Dal quadro normativo emerge quindi che l'attività del R.P.C.T. deve essere affiancata dall'attività dei dirigenti, ciò in quanto lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione, che verranno recepite in modo dinamico nel P.T.P.C., saranno il risultato di un'azione sinergica e combinata dei Direttori/Responsabili delle strutture e del R.P.C.T., secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio nella successiva fase di applicazione.

I soggetti che all'interno dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 concorrono alla prevenzione della corruzione sono:

a) Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale organo di gestione e rappresentante legale dell'Azienda:

- a) designa il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.);
- b) adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti e li pubblica sul sito istituzionale;
- c) adotta tutti gli atti di indirizzo a carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione e trasparenza.

b) Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)

L'art. 1, comma 7, prima parte della legge n. 190/2012, così come sostituito dall'art. 41, comma 1, lett. C), D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97 stabilisce che "l'organo di indirizzo individua, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Il R.P.C.T. è il soggetto precipuamente designato a gestire la prevenzione della corruzione e della trasparenza, con compiti organizzativi e di raccordo degli altri soggetti.

Al R.P.C.T. competono le seguenti attività e funzioni:

- a) elabora la proposta di Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico (per l'Azienda Sanitaria, il Direttore Generale quale organo di gestione);
- b) accerta la diffusione e la pubblicizzazione del P.T.P.C. all'interno delle articolazioni aziendali;
- c) presenta entro il 15 dicembre di ogni anno, salvo proroghe indicate dall'ANAC, una relazione sull'attuazione del Piano nell'anno di riferimento al Direttore Generale, disponendone la pubblicazione sul sito *web* aziendale. La relazione si basa sui rendiconti presentati dai dirigenti e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano;
- d) definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione;

- e) verifica l'efficace attuazione del Piano e propone la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni alle prescrizioni, ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda;
- f) verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi, ove possibile, nei settori particolarmente esposti alla corruzione;
- g) individua, d'intesa con il dirigente competente, il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- h) provvede all'aggiornamento della sezione relativa alla trasparenza, ne cura il monitoraggio – con cadenza semestrale – e l'attuazione, assume iniziative per promuovere la cultura della trasparenza;
- i) in sede di aggiornamento del P.T.P.C., o quando reso necessario dall'evoluzione normativa, dà notizia ai dirigenti degli adempimenti necessari;

Nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, il R.P.C.T. riscontri dei fatti che possono presentare una rilevanza disciplinare, deve darne tempestiva informazione al Direttore/Responsabile dell'articolazione aziendale cui il dipendente afferisce e agli Uffici dei Procedimenti Disciplinari (UU.PP.DD.) affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare.

Ove il R.P.C.T. riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa, deve presentare, avvalendosi del Servizio Affari Generali e Legali, tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale.

Qualora il R.P.C.T. riscontri dei fatti che rappresentano notizia di reato, deve presentare, avvalendosi dei Servizi competenti in relazione alla fattispecie, denuncia alla Procura della Repubblica o a un Ufficiale di Polizia Giudiziaria con le modalità previste dalla legge e deve darne tempestiva informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

I compiti attribuiti al R.P.C.T. non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali.

La revoca dell'incarico dirigenziale del soggetto cui sia stato conferito l'incarico di R.P.C.T. deve essere espressamente e adeguatamente motivata; inoltre la revoca è comunicata all'Autorità Nazionale Anticorruzione, che entro 30 giorni può formulare richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione.

Con deliberazione del Direttore Generale U.L.S.S. n. 7 n. 58 del 23/01/2017, con decorrenza 01/02/2017, è stata nominata Responsabile per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, la dott.ssa Michela Piccinini, Responsabile del Servizio Controllo di Gestione e Controllo Interno.

c) I Referenti per la prevenzione della corruzione

La complessità dell'organizzazione aziendale fa ritenere opportuno l'affiancamento al R.P.C.T. di Referenti per la corruzione. Essi sono nominati tra i Dirigenti.

I compiti dei Referenti sono i seguenti:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del R.P.C.T. affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e attività dell'Azienda ed effettuano un costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- d) collaborano con il R.P.C.T. per effettuare i controlli a campione.

I citati Referenti concorrono con il R.P.C.T.:

- alla promozione della diffusione e divulgazione dei contenuti del P.T.P.C. all'interno delle articolazioni aziendali;
- alla verifica dell'attuazione del P.T.P.C. e della sua idoneità;
- alla proposta di modifiche o integrazioni del P.T.P.C.;
- all'individuazione delle attività e dei dipendenti maggiormente esposti al rischio di corruzione;
- all'individuazione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, anche con l'introduzione di adeguate forme interne di controllo specificamente dirette alla prevenzione e all'emersione di vicende di possibile esposizione al rischio corruttivo;
- all'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione.

I Referenti individuati sono i responsabili delle seguenti articolazioni:

- i Responsabili delle Strutture Complesse di area amministrativa;
- i Direttori Medici di Ospedale;
- il Coordinatore e i Direttori di Distretto;
- il Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

Il raccordo e il coordinamento tra il R.P.C.T. e i Referenti avviene tramite meccanismi di comunicazione/informazione semplificati, momenti di confronto periodico e, in relazione a eventuali fatti corruttivi, secondo criteri e modalità di massima riservatezza che andranno garantiti attraverso l'utilizzo di tecnologie informatizzate.

d) I Dirigenti

Tutti i Dirigenti Responsabili di Strutture Complesse, di Strutture Semplici Dipartimentali e di Strutture Semplici, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del R.P.C.T., dei Referenti e dell'Autorità Giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) programmano ed effettuano incontri periodici all'interno delle proprie strutture, al fine di formare i propri collaboratori su tutte le misure di prevenzione declinate nel presente P.T.P.C.;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio del procedimento disciplinare, la sospensione e la rotazione del personale;
- f) osservano le misure contenute nel presente Piano;
- g) monitorano il rispetto dei tempi procedurali, fondamentale elemento sintomatico del corretto funzionamento e rispetto del presente Piano, e relazionano tempestivamente al R.P.C.T. in merito al mancato rispetto dei termini;
- h) presentano al R.P.C.T., entro il 30 novembre di ogni anno, una relazione dettagliata sullo stato di attuazione della prevenzione della corruzione, con riguardo, in particolare:
 - alle attività poste in essere in merito all'attuazione effettiva delle regole di legalità ed integrità del presente Piano;
 - a qualsiasi anomalia accertata costituente mancata attuazione del presente Piano, specificando le azioni eventualmente adottate per eliminarle, oppure proponendo al R.P.C.T. azioni di correzione;
- i) hanno l'obbligo di inserire nei bandi di gara le clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità e devono attestare, nella relazione di cui al punto precedente, il rispetto del presente obbligo;
- l) monitorano con cadenza annuale, anche con controlli sorteggiati a campione tra i dipendenti adibiti alle attività a rischio corruzione disciplinate nel presente Piano (almeno il 10%), i rapporti aventi maggior valore economico tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'Azienda.

La riorganizzazione organizzativa conseguente all'adozione dell'Atto Aziendale richiede un necessario aggiornamento degli incarichi dirigenziali delle strutture non ospedaliere che comporta l'avvio di numerose procedure di selezione, interne ed esterne, che inevitabilmente porta un rallentamento delle attività operative, garantite da dirigenti facente funzione.

Il raccordo e il coordinamento tra il R.P.C.T. e i Dirigenti avviene tramite le stesse modalità previste per il raccordo tra il R.P.C.T. ed i Referenti. Inoltre, sono specificatamente previsti per i Dirigenti delle aree a rischio incontri a cadenza periodica per assicurare l'apporto collaborativo e propositivo al R.P.C.T..

Gli interventi nei confronti dei Direttori/Responsabili delle articolazioni aziendali dovranno altresì tendere a un maggior coinvolgimento nei processi di gestione del rischio, in termini di maggior partecipazione agli eventi formativi e di maggior diffusione e promozione della cultura dell'integrità e dell'etica all'interno delle strutture aziendali.

e) Ufficio Trasparenza e anticorruzione

Nel rispetto delle indicazioni impartite dalla Regione Veneto con DGR 1306 del 16 agosto 2017 l'Azienda Ulss 7 ha previsto nell'Atto Aziendale l'ufficio Trasparenza e anticorruzione in staff al Direttore Generale.

Il D.Lgs. n. 97/16 ha unificato in capo ad una sola persona fisica l'incarico di responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza - RPCT (v. art. 41, comma 1, lett. t), D.Lgs. n. 97/16), il quale cura:

- A) l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa sulla prevenzione della corruzione di cui alla L. 190/12, al D.Lgs. n. 39/13 e alle altre fonti normative rilevanti in materia quali:
- l'elaborazione del Piano triennale aziendale per la prevenzione della corruzione, previa definizione degli indirizzi strategici in materia;
 - la vigilanza sull'osservanza del piano, da attuarsi anche mediante la segnalazione alle strutture interessate, delle misure da adottare in caso di accertata violazione del piano;
 - la segnalazione all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
 - l'indicazione agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare dei nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
 - l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione all'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti-AUSA, l'aggiornamento dei dati e l'indicazione del predetto soggetto preposto, all'interno del PTPC;
 - verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
 - vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità, promozione della diffusione della conoscenza del codice di comportamento, monitoraggio annuale della sua attuazione, pubblicazione sul sito istituzionale e comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione;
- B) l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa in materia di trasparenza e in specie gli adempimenti in materia di pubblicità degli atti e di accesso civico, quali regolati dal D. Lgs. n.33/13.

f) Ufficio Internal Auditing

L'Ufficio Internal Auditing come previsto dalla DGR 1306 del 16 agosto 2017 è in staff al Direttore Amministrativo.

Svolge un'attività indipendente e obiettiva di assurance e consulenza finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione assistendo la stessa nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di Corporate Governance. La funzione si ispira, nello svolgimento delle proprie funzioni, agli standard professionali emanati dall'Institute of Internal Auditors (I.I.A) ed opera sulla base delle indicazioni contenute in un regolamento organizzativo e di funzionamento predisposto dall'Azienda Zero. La funzione di Internal auditing collabora e si coordina con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale (RPCT).

g) L'Organismo Indipendente di Valutazione

L'Organismo Indipendente di Valutazione nell'ambito di prevenzione della corruzione e trasparenza svolge i seguenti compiti:

- a) verifica la coerenza tra gli obiettivi di programmazione strategico gestionale e di *performance* organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- b) svolge compiti connessi alla verifica e valutazione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D. Lgs. n. 33/2013 ss.mm.ii);
- c) esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda (art. 54, comma 5, D. Lgs. n. 165/2001);
- d) verifica i contenuti della relazione annuale del R.P.C.T..

h) L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari:

- a) svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D. Lgs. n. 165/2001);
- b) provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- c) propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento;
- d) relaziona periodicamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.
- e) assicura le garanzie previste per la tutela del dipendente che segnala illeciti ai sensi dell'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001;
- f) esamina le segnalazioni di violazione del Codice di comportamento;
- g) comunica al R.P.C.T. le violazioni accertate e sanzionate del Codice di comportamento aziendale così come previsto dall'art. 15 del DPR 62/2013 "Codice di comportamento nazionale", dal Codice di comportamento aziendale e dalla delibera A.N.A.C. n.75 del 24 ottobre 2013 in materia.

i) I dipendenti dell'Azienda

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 dei dipendenti lavora a contatto con il pubblico e pertanto ognuno di loro contribuisce sostanzialmente alla costruzione dell'immagine dell'Azienda, sia in positivo che in negativo. La diffusione tra tutti gli operatori di questa consapevolezza, di valori etici condivisi e di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati riveste un'estrema importanza.

Ogni dipendente deve:

- a) partecipare al processo di gestione del rischio;
- b) osservare le misure contenute nel presente Piano;
- c) segnalare le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari;
- d) segnalare casi di personale conflitto di interessi, astenendosi obbligatoriamente dal compiere l'attività;

Si riportano di seguito i dati dell'ultimo triennio:

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Residenti 0-14 anni	54.845	53.520	52.433
Residenti >= 65 anni	76.393	77.688	79.018
TOTALE popolazione	369.019	367.961	367.351
Indice di vecchiaia	1,40	1,45	1,51

Tab.1 Popolazione residente (Fonte dati Dwh regionale)

La popolazione straniera, intesa come insieme di cittadini comunitari ed extracomunitari, risulta di 29.457 unità residenti al 1.1.2017, in calo rispetto all'anno precedente (31.043 al 1.1.2016) e pari al 8,1% del totale. Le rappresentanze più numerose sono costituite da: Romania, Marocco, Serbia, Moldavia, seguite da Ghana, Albania, Bosnia-Erzegovina, Cina, Kosovo.

Per quanto riguarda il profilo di salute della popolazione residente, le principali cause di morte nell'Aziende ULSS n. 7 Pedemontana, come anche nel Veneto, sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori maligni. La speranza di vita alla nascita per la Provincia di Vicenza nell'anno 2016 è di 81,01 anni per gli uomini e 85,71 anni per le donne (dato Istat).

Si pongono in evidenza i dati di analisi di alcune delle principali patologie croniche presenti nella popolazione:

	DIABETE	SCOMPENSO CARDIACO	BPCO (Ostruzione cronica vie aeree)	PAZIENTI IN TERAPIA PER CANCRO
	<i>Prevalenza diabete per 1000 assistiti</i>	<i>Prevalenza scompenso per 1000 assistiti</i>	<i>Prevalenza BPCO per 1000 assistiti</i>	<i>Percentuale pazienti in terapia per cancro</i>
Azienda ULSS n.7	50,8	15,3	5,5	0,50%
<i>bacino ex ULSS 3</i>	52,8	16,4	6,8	0,50%
<i>bacino ex ULSS 4</i>	48,9	14,3	4,3	0,60%
Regione	54,8	15,1	7	0,50%

Tab.2 Profilo salute popolazione (fonte dati: indicatori modello regionale adjusted clinical group - dati anno 2015).

Contesto interno

Attuazione della riorganizzazione aziendale.

La costituzione dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana a partire dal 1 gennaio 2017 rientra nel Piano di riorganizzazione della rete sanitaria regionale, il cui obiettivo è di assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini, attraverso la rimodulazione delle attività territoriali e la razionalizzazione dei servizi di supporto tecnico amministrativo.

Alla luce dei principi della normativa regionale sopra elencata, con DGRV n. 1306 del 16 agosto 2017 sono state definite le linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture nell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale.

In conformità ai principi e ai contenuti delle linee guida regionali, con deliberazione del Direttore Generale n. 41 del 18 gennaio 2018 è stato adottato il nuovo Atto Aziendale dell'Azienda ULSS n.7 con decorrenza dal 1 febbraio 2018. La definizione degli obiettivi di programmazione per l'anno in corso verrà impostata secondo la nuova organizzazione così come definita dall'Atto Aziendale.

L'anno 2018 pertanto sarà caratterizzato dalla progressiva implementazione della nuova organizzazione che riguarda in particolare le strutture nell'area non ospedaliera: l'organizzazione del Distretto, del Dipartimento di Prevenzione, dell'area tecnico - amministrativa e del Dipartimento di Salute Mentale, nonché il dipartimento delle dipendenze. Per quanto riguarda l'area ospedaliera si richiama quanto previsto dalle schede di dotazione ospedaliera di cui alla DGRV n.2122 del 19 novembre 2013 e successive modifiche ed integrazioni.

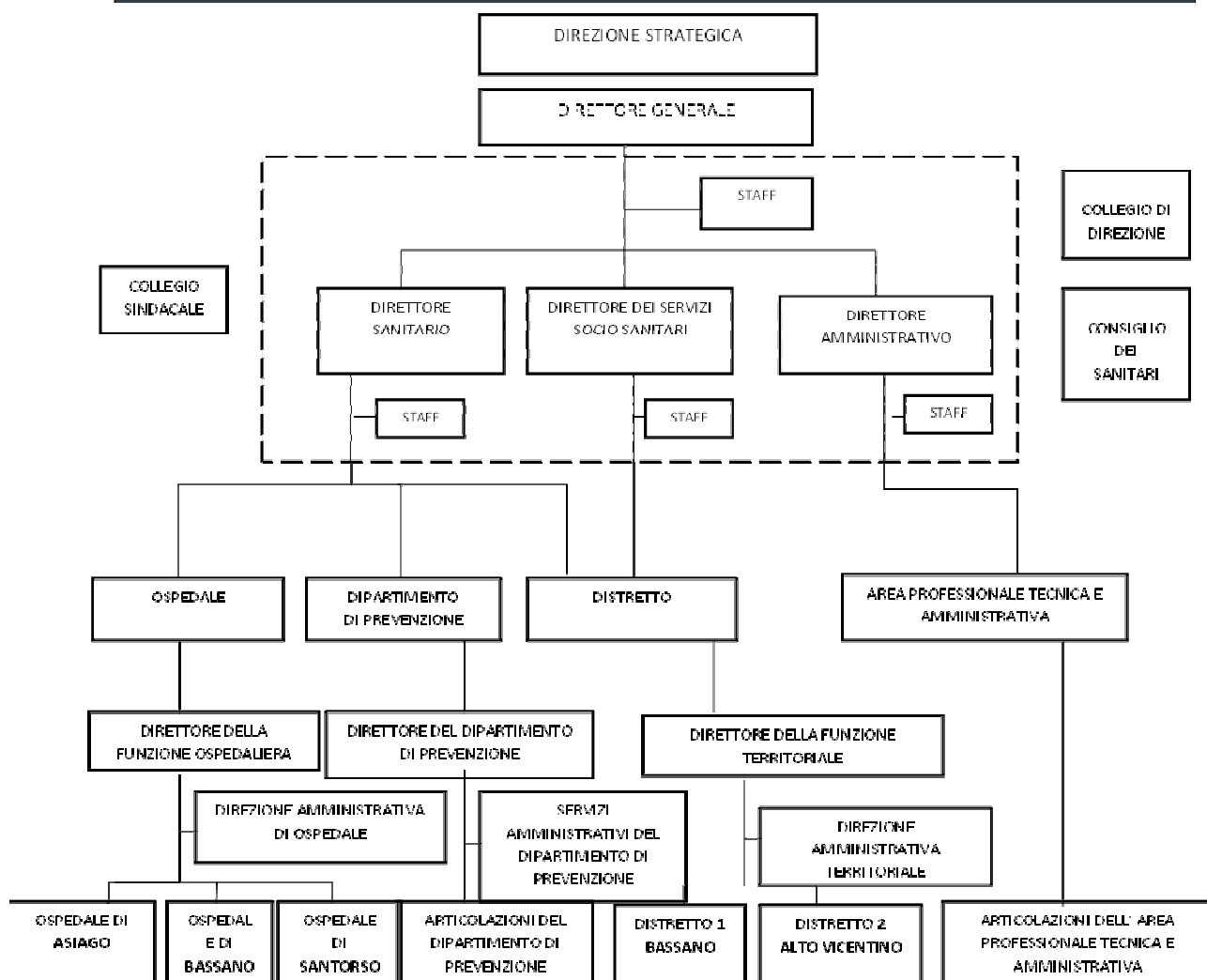
Nel biennio 2016-2017 l'Azienda ha affrontato numerose sfide, tra cui è necessario ricordare:

- l'attuazione degli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, del settore socio-sanitario e delle reti assistenziali;
- il miglioramento della gestione delle liste d'attesa e lo sviluppo di nuove modalità per una migliore accessibilità dell'utenza (attraverso ad esempio le aperture serali, prefestive e festive dell'attività radiologica);
- l'impegno nel definire PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali);
- l'implementazione di azione rivolte al miglioramento della qualità e riduzione del rischio clinico;
- il potenziamento delle reti assistenziali con sviluppo delle best practice.

Gli ultimi due anni sono stati inoltre caratterizzati da una forte azione di revisione e pianificazione delle scelte strategiche e gestionali, nonché dai nuovi assetti organizzativi che necessitano ora di una ulteriore spinta applicativa al fine di concretizzare i risultati attesi. L'anno in corso sarà pertanto caratterizzato dal consolidamento dei risultati rispetto a quanto già intrapreso e dall'avvio di nuove iniziative per affrontare le sfide collegate ai bisogni emergenti nel contesto socio-sanitario di un nuovo e più esteso ambito territoriale.

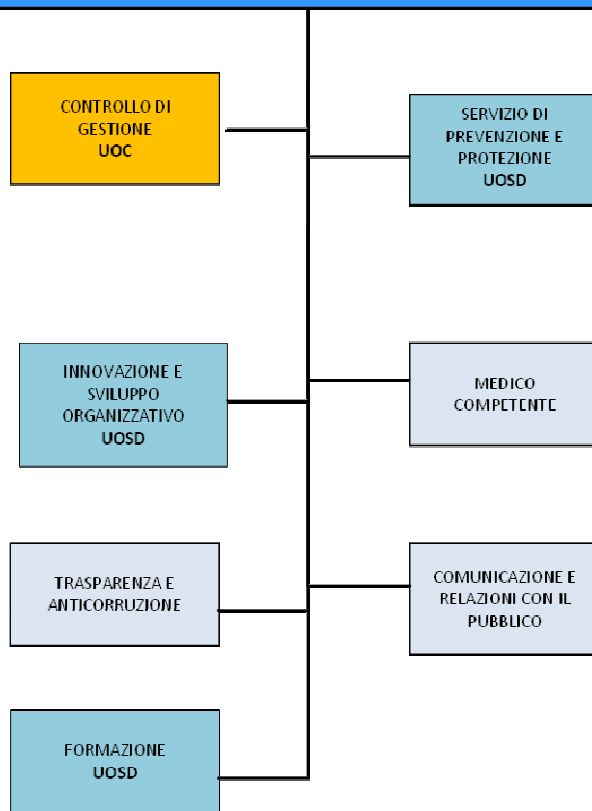
Si riporta di seguito l'organigramma aziendale, con particolare focus sulle aree di staff alla Direzione.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA

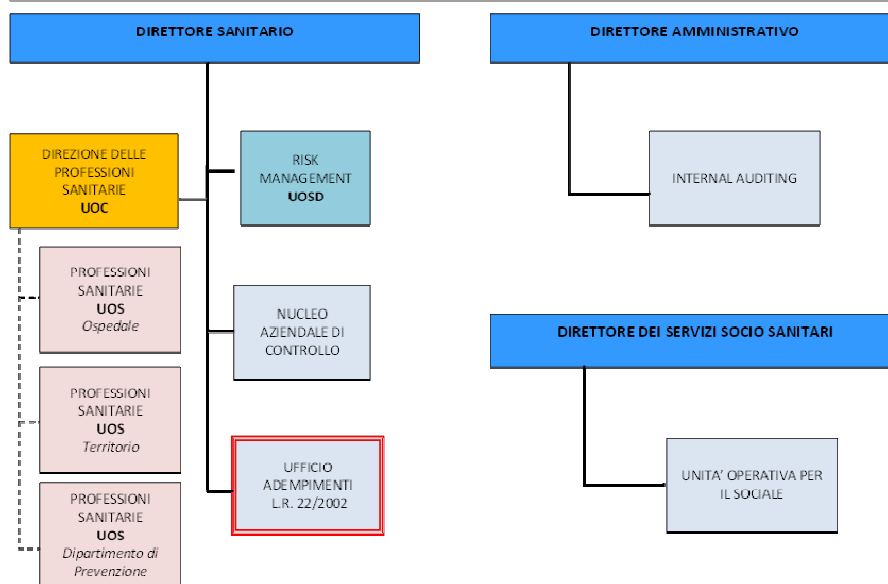


FUNZIONI IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE

DIRETTORE GENERALE



FUNZIONI IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE



"I rispettivi dirigenti delle professioni sanitarie concorrono alla corretta gestione del personale assegnato sotto la Direzione rispettivamente del Direttore della Funzione ospedaliera, Direttore della funzione territoriale e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione" DGRV 1306/17 Allegato A pag.31

La gestione del rischio di corruzione

La gestione del rischio:

a) va condotta in modo da realizzare sostanzialmente l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. Pertanto non è un processo formalistico né un mero adempimento burocratico;

b) è parte integrante del processo decisionale. Pertanto, essa non è un'attività meramente ricognitiva, ma deve supportare concretamente la gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e deve interessare tutti i livelli organizzativi;

c) è realizzata assicurando l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della performance e i controlli interni) al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata. Detta strategia deve trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi delle amministrazioni e degli enti. Gli obiettivi individuati nel PTPC per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori devono, di norma, essere collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle performance o in altri documenti di programmazione. L'attuazione delle misure previste nel PTPC è opportuno divenga uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, del personale non dirigenziale;

d) è un processo di miglioramento continuo e graduale. Essa, da un lato, deve tendere alla completezza e al massimo rigore nella analisi, valutazione e trattamento del rischio e, dall'altro, deve tener conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi;

e) implica l'assunzione di responsabilità. Essa si basa essenzialmente su un processo di diagnosi e trattamento e richiede, necessariamente, di fare scelte in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi. Le scelte e le relative responsabilità riguardano, in particolare, gli organi di indirizzo, i dirigenti e il RPC;

f) è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno, nonché di quanto già attuato e esplicitato nella relazione del RPC, impostando in autonomia strumenti operativi e tecniche che supportino il processo decisionale e di assunzione di responsabilità interna;

g) è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;

h) è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;

i) non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive. Implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo.

Analisi dei processi, valutazione, ponderazione e trattamento del rischio

Analisi dei processi

La mappatura dei processi è finalizzata all'identificazione di aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Il concetto di "processo" è più ampio e flessibile di quello di "procedimento amministrativo", anche se trattasi di concetti tra loro non incompatibili. La rilevazione dei procedimenti amministrativi è il necessario punto di partenza per la mappatura dei processi.

Per “processo” s’intende l’insieme delle attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato a un soggetto interno o esterno all’Azienda. Conseguentemente, per la descrizione del processo è necessario:

- indicare l’origine del processo;
- indicare il risultato atteso;
- indicare la sequenza delle attività (fasi) che consente di raggiungere il risultato;
- indicare i tempi, i vincoli, le risorse, le interrelazioni tra processi.

Per la mappatura dei processi dovranno essere coinvolti, nel 2018, i responsabili delle strutture organizzative interessate.

Uno degli scopi principali del Piano è quello di individuare, tra le attività di competenza dell’Azienda Sanitaria, quelle più esposte al rischio di corruzione e di prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenirlo.

Per “rischio” s’intende l’effetto dell’incertezza sul corretto perseguimento dell’interesse pubblico e, quindi, sull’obiettivo istituzionale dell’ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per “evento” s’intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell’obiettivo istituzionale dell’Azienda.

Valutazione del rischio

La valutazione è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi, al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

Identificazione degli eventi rischiosi: completata e svolta sulla base di molte fonti informative.

Per procedere all’identificazione degli eventi rischiosi è opportuno prendere in considerazione il più ampio numero possibile di fonti informative (interne ed esterne).

Analisi del rischio: l’attenzione alle cause degli eventi rischiosi.

In particolare, si vuole porre l’attenzione sul fatto che l’analisi è essenziale al fine di:

- comprendere le cause del verificarsi di eventi corruttivi e, conseguentemente, individuare le migliori modalità per prevenirli (creando i presupposti per l’individuazione delle misure di prevenzione più idonee);
- definire quali siano gli eventi rischiosi più rilevanti e il livello di esposizione al rischio dei processi.

Ponderazione del rischio

La fase di ponderazione del rischio ha lo scopo di stabilire le priorità di trattamento dei rischi, attraverso il loro confronto, considerando gli obiettivi dell’organizzazione e il contesto in cui la stessa opera.

Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase tesa ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse. La fase di individuazione delle misure deve essere impostata avendo cura di contemperare la sostenibilità anche della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse.

L’individuazione e la valutazione della congruità delle misure rispetto all’obiettivo di prevenire il rischio rientrano tra i compiti fondamentali di ogni amministrazione o ente.

L’individuazione della concreta misura di trattamento del rischio deve rispondere a tre requisiti:

1. efficacia della neutralizzazione delle cause del rischio;
2. sostenibilità economica e organizzativa delle misure;
3. adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.



Aree di rischio: eventi corruttivi e misure

Aree di rischio generali da Determinazione Anac n. 12 /2015

Si tratta delle aree relative a:

- contratti pubblici;
- incarichi e nomine;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

A seguito della nuova riorganizzazione e all'adozione del nuovo atto aziendale, l'Azienda Ulss 7 Pedemontana fa proprie le raccomandazioni dell'Anac alla Determinazione n.12/2015 "Aggiornamento anno 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione al fine di una revisione complessiva dei processi delle aree più a rischio in Sanità.

Contratti pubblici

I fattori che caratterizzano il settore sanitario sono:

a) varietà e complessità dei beni e servizi acquistati in ambito sanitario in relazione anche alla dinamica introduzione di nuove tecnologie. Questa evenienza, ad esempio, durante la fase di esecuzione di un contratto, costituisce una variante "indotta" dal sistema;

b) varietà e specificità degli attori coinvolti nell'intero processo di approvvigionamento (clinici, direzione sanitaria, provveditori, ingegneri clinici, epidemiologi, informatici, farmacisti, personale infermieristico, etc.);

c) condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore.

Al fine di governare le suddette variabili ed evitare che costituiscano fattori predisponenti il rischio di corruzione, il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione intende affrontare l'intero ciclo degli approvvigionamenti, a partire dal rafforzamento dei livelli di trasparenza. In questa logica i Soggetti destinatari devono documentare con particolare attenzione tutte le fasi del ciclo degli approvvigionamenti dalla definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno), alla programmazione dell'acquisto, alla definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi, sino alla gestione dell'esecuzione del contratto.

Rischi operativi

A titolo di esempio, nella fase di *pianificazione/programmazione dell'acquisto* un rischio operativo può essere rappresentato:

a) dal frazionamento degli affidamenti

Indicatore:

- numero degli affidamenti diretti sul totale degli acquisti (quantità; valore).

b) dalle condizioni di gara che interferiscono con la libera concorrenza e creano disparità di trattamento.

Indicatori:

- numero di affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale acquistato;
- numero di proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).

Sulla base di questi esempi, dovranno essere mappati con la medesima metodologia anche le altre fasi del processo di approvvigionamento, al fine di individuare eventuali ed ulteriori rischi operativi da misurare con correlati indicatori.

A monte della *determinazione del fabbisogno*, un rischio operativo può essere rappresentato da:

- a) sprechi di risorse in caso di sovradimensionamento,
- b) ricorso a procedure in deroga dettate da situazioni di urgenza, ricollegabili a un'inadeguata programmazione dei beni da acquistare e/o dei servizi da appaltare.

Con particolare riferimento ai beni sanitari, una corretta determinazione del fabbisogno non potrà prescindere da una esatta conoscenza della logistica e delle giacenze di magazzino, il cui presupposto è la tracciabilità dei percorsi dalla fase dello stoccaggio a quella della somministrazione/consumo.

Un fattore determinante per la corretta pianificazione degli acquisti sotto il profilo quali quantitativo è la valutazione in merito alla fungibilità/infungibilità dei prodotti.

Sulla valutazione della fungibilità/infungibilità, per altro verso, incide l'applicazione del principio di appropriatezza, la cui stretta osservanza costituisce valido strumento di razionalizzazione e giusta allocazione delle risorse e, al contempo, misura di prevenzione di eventuali fenomeni corruttivi.

Nella fase di pianificazione dell'acquisto, i Soggetti destinatari possono prevedere tra le misure di prevenzione la revisione delle caratteristiche tecniche, qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali.

Una possibile misura è costituita dai prezzi di riferimento dei beni e servizi a maggior impatto, di cui al decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, e al decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, che possono essere utilizzati per ridurre l'asimmetria informativa tra acquirente e fornitore.

Detti prezzi possono costituire uno strumento di cui tener conto in fase di predisposizione del PTPC, in particolare per le parti relative alla "qualificazione dei fabbisogni" e alla "pianificazione/programmazione dell'acquisto", in quanto si riferiscono a tipologie "omogenee" di

beni e servizi e favoriscono la confrontabilità/fungibilità tra i fabbisogni del soggetto acquirente e le caratteristiche dei prodotti/servizi oggetto di offerta.

Incarichi e nomine

Il d.lgs. 39/2013, come anche confermato dalla delibera 149/2014 dell'ANAC, si occupa esclusivamente delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo. Con riferimento agli stessi incarichi, la l. 124/2015, art. 11, co. 1, lett. p) prevede anche la disciplina delle procedure e dei requisiti professionali per il loro conferimento.

Segue un'esemplificazione di rischi e relative misure afferenti il conferimento di incarichi dirigenziali di livello intermedio, con particolare riguardo a quelli di struttura complessa, e di incarichi a professionisti esterni.

Incarichi dirigenziali di livello intermedio

Con particolare riguardo agli incarichi di struttura complessa, per quanto concerne gli *eventi rischiosi* nelle *procedure di assegnazione dell'incarico*, nella fase di definizione del fabbisogno, possono risultare assenti i presupposti programmatori e/o una motivata verifica delle effettive carenze organizzative con il conseguente rischio di frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire.

Principali misure per tale fase vi è quella di verificare, attraverso l'acquisizione di idonea documentazione, 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.

Altro evento rischioso può consistere nella mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione.

Una misura per prevenire tale rischio, vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali.

Nella fase di definizione dei profili dei candidati, al fine di evitare l'uso distorto e improprio della discrezionalità (richiesta di requisiti eccessivamente dettagliati o generici), l'individuazione del profilo professionale deve essere adeguato alla struttura a cui l'incarico affinisce e deve essere connotata da elementi di specificità e concretezza, anche per fornire alla commissione giudicatrice uno strumento idoneo a condurre il processo di valutazione nel modo più rispondente possibile alle necessità rilevate.

Alcuni rischi connessi alla fase di *definizione e costituzione della commissione giudicatrice* rientra quello di accordi per l'attribuzione di incarichi.

Possibili misure per prevenire i rischi di cui sopra possono essere: la pubblicazione dei criteri di selezione dei membri della commissione giudicatrice, il monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi, la loro rotazione, la definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione, la verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflicto di interessi.

Per quanto riguarda la *fase di valutazione dei candidati*, il rischio principale è rappresentato dalla eccessiva discrezionalità con l'attribuzione di punteggi incongruenti che favoriscano specifici candidati, misure di prevenzione consistono nella adozione di linee guida per la definizione dei

criteri di valutazione e nella pubblicazione dei criteri e degli altri atti ostensibili della procedura di selezione/valutazione sui siti istituzionali.

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.

Incarichi a soggetti esterni

Le indicazioni formulate per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali di struttura complessa, per quanto applicabili, possono estendersi ai casi di conferimento di incarichi individuali anche a professionisti esterni all'organizzazione (come ad esempio gli incarichi conferiti a legali), in merito ai quali si richiamano gli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 15 del d.lgs. 33/2013.

Laddove non sia previsto di norma il ricorso a procedure di selezione comparativa, l'organo nominante deve dotarsi di tutti gli strumenti interni che consentano la massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento, delle caratteristiche e competenze professionali funzionali allo svolgimento dell'incarico (come ad esempio regolamenti interni, albi e/o elenchi di professionisti ed esperti), al fine anche di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità. - Misure di trasparenza L'attribuzione degli incarichi sia interni sia esterni deve conformarsi ai principi di trasparenza e imparzialità. Al riguardo è opportuno che i Piani introducano misure di trasparenza ulteriori a quelle già previste dall'art. 41, co. 2 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale sussiste l'obbligo di pubblicare tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, nonché gli atti di conferimento.

Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare i seguenti rischi di corruzione:

- ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti,
- liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrappagare o fatturare prestazioni non svolte,
- effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere, permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente.

Le possibili misure per prevenire gli eventi sopracitati sono la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari che agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati e, più in generale, sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse.

Al riguardo, la realizzazione del programma di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. Pertanto è importante la sua completa implementazione, che passa attraverso un processo di "miglioramento" dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo-contabili.

E' fondamentale infatti dare evidenza, attraverso il web aziendale del percorso di certificabilità del bilancio anche attraverso l'indicazione della specifica fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento del percorso ai fini del suo completamento.

È altresì necessario rafforzare le misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio il cui evento rischioso più diffuso è riconducibile a condizioni di acquisto o locazione che facciano

prevalere l'interesse della controparte Decreto del Ministero della Salute e del MEF, 1 marzo 2013. 46 rispetto a quello dell'amministrazione. Per questa ragione, occorre prevedere e dare attuazione a misure di trasparenza, a cominciare da quelle obbligatorie riguardanti le informazioni sugli immobili di proprietà di cui all'art. 30 del d.lgs. 33/2013. Il rafforzamento di queste misure potrebbe essere effettuato anche con riferimento a dati ulteriori quali, ad esempio, il valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, le modalità e le finalità di utilizzo.

Qualora dovessero rendersi possibili operazioni di utilizzo da parte di terzi del patrimonio immobiliare, le singole procedure dovranno essere improntate, nella fase precedente alla stipula del contratto di diritto privato, al rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito.

Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

Le attività di vigilanza, controllo, ispezione, e l'eventuale irrogazione di sanzioni riguardano tutte le amministrazioni che svolgono compiti di vigilanza su specifici settori. Per quanto concerne la sanità, dette attività dovranno essere contestualizzate nei Piani adottati dai Soggetti destinatari, con particolare attenzione alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione quali, a titolo di esempio, la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione, le autorizzazioni e concessioni con o senza riflessi finanziari, l'accreditamento del privato, la libera professione intramuraria.

Gli eventi rischiosi sono rappresentati dalle procedure relative all'attività di vigilanza, controllo ed ispezione ove non siano opportunamente standardizzate e codificate secondo il sistema qualità.

In altri termini, le omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi. È necessario pertanto mettere in atto anche in questo campo misure specifiche volte, per esempio, a perfezionare gli strumenti di controllo e di verifica, come l'utilizzo di modelli standard di verbali con check list, la rotazione del personale ispettivo, l'introduzione nei codici di comportamento di disposizioni dedicate al personale ispettivo stesso.

Aree di rischio specifiche

Oltre alle aree generali prima indicate, esistono aree specifiche esposte al rischio di corruzione. Si riporta di seguito, a titolo esemplificativo e non esaustivo, un elenco di alcune aree peculiari del settore sanitario, tenendo presente quanto indicato nella parte generale circa la necessità che ogni ente individui le proprie "aree specifiche" potenzialmente esposte a rischi corruttivi sulla base dell'analisi dell'attività svolta e della mappatura dei processi:

- attività libero professionale e liste di attesa;
- rapporti contrattuali con privati accreditati;
- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Attività libero professionale e liste di attesa

L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio.

Per queste ragioni è opportuno che i PTPC considerino questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio, con riferimento sia alla fase autorizzatoria sia a quella di svolgimento effettivo dell'attività, nonché rispetto alle relative interferenze con l'attività istituzionale.

Poiché, inoltre, quest'ambito è strettamente interconnesso con il sistema di governo dei tempi di attesa il cui rispetto rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le misure correttive e di prevenzione in questo settore, concorrendo al raggiungimento dei LEA ed essendo, quindi, ricomprese nell'ambito degli obiettivi strategici dei direttori generali, devono conseguentemente essere integrate nel sistema di valutazione della performance individuale e dell'organizzazione.

Per quanto riguarda la fase di autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale intramoenia (ALPI), possibili eventi rischiosi risiedono nelle false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione e nella inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata.

Le misure di contrasto sono costituite da una preventiva e periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI (anche per quella da svolgersi presso studi professionali in rete); dalla negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali; dalla ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'azienda.

Gli eventi rischiosi della fase di esercizio dell'ALPI possono essere l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.

Le Misure di contrasto per prevenire tali rischi sono rappresentate dall'informatizzazione delle liste di attesa, dall'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraaziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia, dall'aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali, dalla verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione, dall'adozione di un sistema di gestione informatica dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione, dal prevedere nel regolamento aziendale una disciplina dei ricoveri in regime di libera professione e specifiche sanzioni.

Per quanto concerne l'ALPI espletata presso "studi professionali in rete", al fine di evitare la violazione degli obblighi di fatturazione e la mancata prenotazione tramite il servizio aziendale, occorre rafforzare i controlli e le verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia.

Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 41, co. 3 del d.lgs. 33/2013, che include anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario.

Rapporti contrattuali con privati accreditati

Il settore dell'accreditamento delle strutture private rappresenta una componente significativa del sistema sanitario non solo per il peculiare ambito soggettivo (soggetti erogatori), ma anche perché in esso si concentrano importanti flussi finanziari e, quindi, interessi anche di natura economica. Per tale ragione la regolazione dei rapporti pubblico-privato rappresenta un ambito particolarmente esposto al rischio di comportamenti che, ove non adeguatamente trasparenti e standardizzati nelle relative procedure, possono determinare fenomeni di corruzione e/o di inappropriato utilizzo delle risorse. In questa logica lo strumento contrattuale rappresenta una delle principali leve attraverso le quali migliorare il processo di negoziazione tra il committente/azienda sanitaria e il soggetto erogatore di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale. La normativa italiana regola i rapporti con il settore privato che svolge attività assistenziale prevedendo quattro distinte fasi:

1. autorizzazione alla realizzazione;
2. autorizzazione all'esercizio;
3. accreditamento istituzionale;
4. accordi/contratti di attività.

A titolo meramente esemplificativo si riportano di seguito alcuni eventi rischiosi e misure relative ai provvedimenti autorizzatori e convenzionali sopra indicati.

Per quanto riguarda i rischi correlati alla *fase di autorizzazione alla realizzazione* rilasciata dall'azienda sanitaria, un evento rischioso potrebbe rinvenirsi nel mancato aggiornamento delle stime aziendali relativamente ai diversi settori di attività.

Le misure raccomandate possono essere:

- a) attività di verifica in merito ai presupposti autorizzativi
- b) rispetto dei tempi di conclusione del procedimento amministrativo
- c) prevedere l'indicazione dei criteri, modalità, tempi ed ambiti per la rilevazione dei dati necessari alla stima del fabbisogno territoriale.

Con riferimento alla *fase dell'autorizzazione all'esercizio* rilasciata dall'azienda sanitaria locale, così come alla fase di accreditamento istituzionale, gli eventi rischiosi sono ritardi e/o accelerazioni nel rilascio delle autorizzazioni e nella realizzazione delle attività ispettive.

In relazione all'attività ispettiva,

rischi

composizione opportunistica dei team incaricati;

la disomogenea esecuzione delle attività ispettive stesse

la redazione dei relativi verbali (ad esempio alterazione dei verbali di ispezione);

le omissioni e/o irregolarità nelle attività di vigilanza.

Specifiche misure di prevenzione

definizione di tempistiche per l'esecuzione dell'intero procedimento;

previsione di requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive;

rotazione degli ispettori;

definizione di procedure per l'esecuzione delle attività ispettive come la definizione di un modello standard di verbale omogeneo.

Nella fase di esecuzione degli accordi contrattuali stipulati tra le aziende e i soggetti accreditati,

eventi rischiosi

mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni, riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate,

assenza o inadeguatezza delle attività di controllo.

Alcune misure idonee a contrastare tali rischi sono
il rafforzamento dei controlli quali-quantitativi e di esito sulle prestazioni erogate in regime di contrattualizzazione,
la definizione di modalità di controllo e vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali,
l'attivazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione delle attività erogate,
la formazione e rotazione del personale addetto al controllo.

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.

Il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi. Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio. Tuttavia, la peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione. In tal senso, oltre alle indicazioni di carattere generale relative all'intero ciclo degli acquisti, costituisce una misura specifica la gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione.

Quest'ultima misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente, consentirebbe la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse.

Per quanto attiene la prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, eventi rischiosi possono riguardare l'abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale. Altro evento rischioso può consistere in omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo qualiquantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria.

Nel primo caso una possibile misura consiste nella sistematica e puntuale implementazione di una *reportistica* utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.

Per quanto riguarda la seconda tipologia di evento rischioso, alcune misure possono individuarsi nella *standardizzazione delle procedure di controllo* e verifica e nell'affinamento delle modalità di elaborazione e valutazione dei dati, a partire dall'utilizzo del "Sistema tessera sanitaria", nonché nell'invio sistematico delle risultanze della elaborazione a tutti i livelli organizzativi interessati in ambito distrettuale.

Parallelamente, con riferimento al personale addetto alla vigilanza e al controllo, si raccomanda la previsione di specifiche regole di condotta nei codici di comportamento adottati dai Soggetti destinatari e misure di rotazione rivolte agli operatori addetti a tale attività.

L'individuazione di ulteriori rischi e misure sarà oggetto di approfondimento nell'ambito del Tavolo tecnico tra ANAC, Ministero della Salute e Agenas nella consapevolezza che in questa area di rischio interagiscono attori a diversi livelli, nazionale, regionale e locale. In questa sede, in considerazione della complessità dei processi relativi all'area di rischio in questione, nonché delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello intervengono nei processi decisionali, si ritiene indispensabile sia adottato il più ampio numero di misure di prevenzione. In particolare quelle che, in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al d.P.R. 62/2013, rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa 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. Le suddette *dichiarazioni pubbliche di interessi*, in questo contesto, costituiscono ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi di rischio corruttivo che possono riguardare trasversalmente le aree sopra indicate; si tratta, infatti, di strumenti per rafforzare la trasparenza nel complesso sistema di interrelazioni interprofessionali e interistituzionali di cui è connotata l'organizzazione sanitaria. Al fine di agevolare un'omogenea applicazione di tale ulteriore misura da parte dei Soggetti destinatari del presente approfondimento, si rende disponibile sul sito istituzionale dell'Agenas una modulistica standard che costituisce in sé un modello di riferimento per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Tali modelli di dichiarazione possono essere introdotti dal management aziendale per assicurarne la conforme adozione e utilizzati dai responsabili per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per favorire l'implementazione di un flusso di informazioni su cui poter orientare le attività di controllo. Inoltre, poiché trattasi di strumento di garanzia del professionista sul piano individuale e della governance amministrativa a livello aziendale, se ne raccomanda la compilazione con cadenza annuale, salvo eventuali sopravvenute esigenze di aggiornamento. Al fine di renderne agevole la compilazione, l'Agenas mette a disposizione, su richiesta, un apposito supporto informatico.

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

In Italia la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero e la gestione delle strutture mortuarie è affidata o alla struttura interne ospedaliere o, per la maggior parte dei casi, esternalizzata. Sul sistema di gestione di tale servizio non esistono specifiche linee guida. Ciò induce a prendere in esame il tema in sede di elaborazione dei PTPC, tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica -che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari- connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito. Nelle more di un auspicabile approfondimento, anche in sede legislativa, delle problematiche correlate a questa delicata fase collegata al decesso intraospedaliero e/o comunque alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie, occorre nel frattempo assicurare, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, la più appropriata modalità di gestione.

Al riguardo è opportuno innanzitutto prevedere l'obbligo di una adeguata motivazione circa l'esternalizzazione o l'internalizzazione del servizio da parte del management dell'ente.

Per quanto concerne gli eventi rischiosi che possono verificarsi, si indicano, ad esempio, la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Appare evidente che le misure, sia nel caso di gestione esternalizzata che internalizzata, devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio. A titolo esemplificativo, una possibile misura rivolta agli operatori interni è costituita dalla rotazione del personale direttamente interessato e dall'adozione di specifiche regole di condotta all'interno dei codici di comportamento, come ad esempio, obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio. Per gli operatori esterni, una possibile misura è costituita dal monitoraggio dei costi e tempi di assegnazione (anche al fine di riscontrare eventuali proroghe ripetute e/o una eccessiva concentrazione verso una stessa impresa o gruppo di imprese) del servizio di camere mortuarie.

Appare opportuno evidenziare che dalla rilevazione effettuata dai Dirigenti entro il 30 novembre 2017 e riportata nelle relazioni del gennaio 2018 non sono stati riscontrati eventi corruttivi.

Ambito di attività per il triennio 2018 - 2020

1. Con l'adozione del nuovo atto aziendale si intensificherà l'analisi dei processi con mappatura di quelli principali. Per svolgere tale attività ci si avvarrà della metodologia in uso presso il Controllo Interno, il quale ha individuato sul modello regionale n. 40 processi, a loro volta sottoarticolati, che si allegano nell'elenco a seguire, su cui è già in corso l'analisi ai fini di contenimento del rischio amministrativo – contabile, analisi da estendere in relazione al rischio corruttivo.

Elenco dei processi e descrizione dei loro limiti

1. *Acquisizione dei contributi (FSR vincolato e indistinto, extra FSR e da privati esclusa la ricerca).*
Descrizione dei limiti del processo: Dalla acquisizione delle Delibere di Giunta alla rendicontazione dei contributi (solo per i vincolati).
2. *Gestione delle sperimentazioni e ricerche cliniche (profit e no profit).*
Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di sperimentazione alla fatturazione, al report di invio dei dati per il pagamento al personale partecipante e/o al report di chiusura della sperimentazione/ricerca.
3. *Gestione delle ricerche sanitarie finalizzate e progetti di ricerca (escluso le ricerche cliniche)*
Descrizione dei limiti del processo: Dalla acquisizione dell'approvazione di progetto alla relativa rendicontazione e al report di invio dei dati per il pagamento al personale partecipante.
4. *Prestazioni di specialistica ambulatoriale.*
Descrizione dei limiti del processo: Dalla programmazione / apertura agenda alla consegna del referto e pagamento dell'eventuale ticket (il controllo delle autocertificazioni potrebbe essere considerato come un controllo), alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per prestazioni erogate a utenti fuori Ulss o alla fatturazione alla Prefettura.
5. *Prestazioni di pronto soccorso.*
Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di prestazione al pagamento dell'eventuale ticket (il controllo delle autocertificazioni potrebbe essere considerato come un controllo), alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per prestazioni erogate a utenti fuori Ulss o alla fatturazione alla Prefettura.
6. *Controlli sanitari ufficiali in applicazione al D. Lgs 194-2008*
Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di inizio attività alla fatturazione.
7. *Prestazioni di ricovero in SSN.*
Descrizione dei limiti del processo: Dall'apertura del ricovero all'invio del flusso della SDO, alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per ricoveri a favore di utenti fuori Ulss o alla fatturazione diretta a paganti in proprio o alla Prefettura.
8. *Attività specialistica in regime di LP.*
Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di apertura agenda del Dirigente alla consegna del referto, pagamento della fattura e ripartizione compenso al personale.
9. *Attività di ricovero in regime di LP.*
Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di apertura attività in LPI del Dirigente alla chiusura della cartella clinica, pagamento della fattura e ripartizione compenso al personale.
10. *Consulenze / vendita di prestazioni esterne in regime di LP.*
Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di convenzione / proposta di convenzione alla emissione fattura.
11. *Cessione di sangue ed emoderivati (extra Regione).*
Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta di sacche all'emissione della fattura o alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva.
12. *Gestione della mobilità attiva.*
Descrizione dei limiti del processo: dall'acquisizione del flusso generato dalle prestazioni/ricoveri effettuati a favore di utenti fuori Ulss alla risoluzione di eventuali contestazioni.
13. *Gestione del contratto di beni e servizi (compreso la logistica)*
Descrizione dei limiti del processo: dalla aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione delle fatture e alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per erogazione di farmaci (file F) a utenti fuori Ulss o alla fatturazione diretta ad altri enti per cessione di beni oltre che alla determinazione del valore delle rimanenze finali di magazzino.
14. *Gestione di servizi in outsourcing.*
Descrizione dei limiti del processo: dalla aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione delle fatture e report di controllo del servizio e alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per eventuali prestazioni di trasporto sanitario a favore di utenti fuori Ulss (qualora il processo di trasporto in ambulanza sia esternalizzato).

15. *Acquisto Servizi Sanitari per medicina di base (assistenza MMG e PLS).*
Descrizione dei limiti del processo: dalla verifica degli ambiti territoriali carenti alla liquidazione dei compensi e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni a favore di utenti fuori Ulss nonché alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali.
16. *Acquisto Servizi per medicina di base e specialistica ambulatoriale (Continuità Assistenziale e Specialisti Ambulatoriali Interni).*
Descrizione dei limiti del processo: dalla individuazione e pubblicazione dei turni vacanti alla liquidazione dei compensi e alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali.
17. *Acquisto servizi sanitari per farmaceutica (Farmacie territoriali) – Gestione farmaceutica Territoriale e assistenza integrativa (Farmacie territoriali).*
Descrizione dei limiti del processo: dall'autorizzazione all'apertura della Farmacia alla liquidazione delle fatture e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per servizi a favore di utenti fuori Ulss.
18. *Acquisto servizi per assistenza protesica.*
Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta dell'utente al verbale di consegna all'utente e alla liquidazione della fattura .
19. *Acquisto di prestazioni da accreditati per assistenza Ospedaliera, Specialistica, Riabilitativa (ex art. 26), Termali.*
Descrizione dei limiti del processo: dalla definizione dei volumi di attività (Budget)/stipula delle convenzioni alla liquidazione delle prestazioni fatturate e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori Ulss.
20. *Acquisto di prestazioni di psichiatria (residenziale e semiresidenziale).*
Descrizione dei limiti del processo: dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori Ulss.
21. *Acquisto di prestazioni di Residenzialità e semi-residenzialità per anziani (il processo è relativo alla gestione diretta e/o all'acquisizione della prestazione).*
Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta di inserimento dell'utente alla liquidazione della fattura e al report di invio dei dati per il pagamento degli MMG.
22. *Acquisto di prestazioni di Residenzialità per disabili (il processo è relativo alla gestione diretta e/o all'acquisizione della prestazione).*
Descrizione dei limiti del processo: dall'inserimento dell'utente alla liquidazione della fattura
23. *Gestione delle prestazioni di Semi-residenzialità per disabili (il processo è relativo alla gestione diretta e/o all'acquisizione della prestazione).*
Descrizione dei limiti del processo: dall'inserimento dell'utente alla liquidazione della fattura e alla eventuale generazione del flusso per l'addebito delle prestazioni in mobilità attiva per utenti fuori Ulss.
24. *Gestione delle prestazioni di Hospice (il processo è relativo alla gestione diretta e/o all'acquisizione della prestazione).*
Descrizione dei limiti del processo: dall'inserimento dell'utente alla liquidazione della fattura/alla compilazione della scheda di dimissioni e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni a favore di utenti fuori Ulss.
25. *Rimborsi e contributi diversi (ad associazioni e ad assistiti per cure all'estero) e indennizzo di cui alla legge 210/92.*
Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta di rimborso alla trasmissione della richiesta di pagamento al SEF.
26. *Gestione della mobilità passiva.*
Descrizione dei limiti del processo: dal ricevimento dei dati di addebito dalle aziende sanitarie all'eventuale contestazione.
27. *Gestione delle imposte, tasse, versamenti contributivi (previdenziali, assicurativi, ...) e ritenute a personale dipendente e non.*
Descrizione dei limiti del processo: dalla predisposizione dello scadenziario alla liquidazione del dovuto.
28. *Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale dipendente.*
Descrizione dei limiti del processo: dalla procedura di acquisizione del personale al pagamento dei cedolini stipendi ai dipendenti, alla generazione dei dati per versamenti contributivi, previdenziali e fiscali (IRAP) e alla comunicazione di cessazione del dipendente all'ente Previdenziale di riferimento.
29. *Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale non dipendente (incarichi, Co.Co.Co., borse di studio, ecc.).*
Descrizione dei limiti del processo: dalla procedura di acquisizione del personale non dipendente al pagamento del compenso e alla generazione dei dati per versamenti contributivi, previdenziali e fiscali (IRAP).
30. *Formazione interna ed esterna del personale.*
Descrizione dei limiti del processo: dalla predisposizione del piano formativo alla liquidazione dei costi sostenuti (per la formazione interna) e dalla richiesta di formazione esterna alla fattura dell'ente di formazione e al report di dettaglio per il rimborso spese ed il pagamento del personale dipendente come docenti / tutor.
31. *Gestione e sviluppo del patrimonio immobiliare e impiantistico (ICT escluso).*
Descrizione dei limiti del processo: dall'aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione dei relativi costi e alla generazione dei dati per il calcolo delle imposte del patrimonio compreso le dimissioni / alienazioni.

32. *Gestione e sviluppo del patrimonio impiantistico e attrezzature dell'area ICT.*
Descrizione dei limiti del processo: dall'aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione delle fatture compreso le dismissioni / alienazioni.
33. *Gestione delle attrezzature sanitarie.*
Descrizione dei limiti del processo: dall'aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione delle fatture compreso le dismissioni / alienazioni.
34. *Generazione e chiusura di bilancio.*
Descrizione dei limiti del processo: dall'apertura dei conti patrimoniali ad inizio anno alla contabilizzazione degli eventi di gestione in corso d'anno, fino alla registrazione, a fine esercizio, delle scritture di assestamento e alla chiusura dei conti per la conseguente determinazione del risultato economico finale oltre che alla predisposizione dei documenti di bilancio. In tale processo dovranno essere trattati anche i seguenti aspetti: Immobilizzazioni, Rimanenze, Crediti verso clienti, Crediti e debiti verso Regione ed Enti Pubblici, Crediti e debiti verso le altre Aziende Sanitarie della Regione, Disponibilità liquide, Ratei e risconti attivi, Patrimonio netto, Fondi per rischi ed oneri, Debiti, Ratei e Risconti Passivi.
35. *Attività di ispezione di igiene e sanità pubblica e veterinaria.*
Descrizione dei limiti del processo: dalla programmazione delle attività alla riscossione delle prestazioni effettuate.
36. *Rilascio autorizzazioni / pareri preventivi (non correlati alla persona).*
Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta del cliente/utente alla riscossione della prestazione effettuata.
37. *Attività di vaccinazione, rilascio certificazioni per patenti e certificazioni sanitarie ecc. (relative alla persona).*
Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta dell'utente alla riscossione della prestazione erogata.
38. *Programmazione fabbisogno e gestione delle gare di acquisto di beni e servizi .*
Descrizione dei limiti del processo: dalla programmazione all'aggiudicazione al fornitore.
39. *Gestione partecipazioni in controllate, collegate.*
Descrizione dei limiti del processo: dall'atto di partecipazione, alla gestione e all'iscrizione in bilancio.
40. *Gestione del contenzioso.*
Descrizione dei limiti del processo: dalla segnalazione dell'evento alla chiusura/liquidazione e alla proposta di eventuali accantonamenti al fondo rischi.

2. Il volersi avvalere della metodologia introdotta dalla Regione del Veneto, che ha suddiviso in quaranta processi tutta l'attività delle U.L.S.S. – e con ciò comprendendo anche le precedenti mappature analizzate ai fini del solo rischio corruttivo – non comporta una non utilizzabilità di quanto già svolto, ma, al contrario, lo standardizza e lo struttura in un modello già sperimentato e condiviso.

Per il 2018 l'Azienda si prefigge l'obiettivo di adottare due procedure standard definite a livello regionale e precisamente:

- a) *n.21Acquisto di prestazioni di Residenza e semi-residenzialità per anziani (il processo è relativo alla gestione diretta e/o all'acquisizione della prestazione).*
Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta di inserimento dell'utente alla liquidazione della fattura e al report di invio dei dati per il pagamento degli MMG.
- b) *n.35 Attività di ispezione di igiene e sanità pubblica e veterinaria.*
Descrizione dei limiti del processo: dalla programmazione delle attività alla riscossione delle prestazioni effettuate.

Misure e strumenti per prevenire il rischio di corruzione

1. Le misure e gli strumenti ritenuti strategici per prevenire il rischio di corruzione si individuano come segue:

Pubblicazione

La pubblicazione delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi nel sito istituzionale dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 costituisce il mezzo fondamentale per il controllo, da parte del cittadino e/o utente, delle decisioni nelle materie a rischio di corruzione. L'approvazione del presente

P.T.P.C. e la puntuale applicazione delle disposizioni contenute nella Sezione Trasparenza, rientrano a pieno titolo nell'ambito del sistema delle misure di prevenzione della corruzione e soddisfano l'obbligo di pubblicità e trasparenza.

I dipendenti sono tenuti a conoscere il presente Piano. Il documento è reso noto mediante pubblicazione sul sito e trasmissione per posta elettronica ai Responsabili.

Codice di Comportamento

In attuazione dell'art. 54 del D. Lgs. n. 165/2001, come modificato dall'art. 1 comma 44 della legge n. 190/2012, il Governo ha approvato il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, che definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare.

Sono ancora in vigore i precedenti codici di comportamento adottati nelle Aziende e dovrà essere predisposto nel corso del 2018 il codice unico aziendale anche sulla base delle indicazioni Anac fino 2017

Le Aziende Sanitarie U.L.S.S. n. 3 e U.L.S.S. n. 4 hanno predisposto e adottato con deliberazione del Direttore Generale i rispettivi Codici di Comportamento aziendali, pubblicati all'interno dei rispettivi siti istituzionali, la cui osservanza permarrà fino all'approvazione del nuovo Codice, da redigersi non appena l'A.N.A.C. approverà le linee guida in materia.

L'osservanza dei doveri contemplati nel Codice costituisce misura fondamentale di prevenzione del rischio di corruzione, in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e indirizzano l'azione amministrativa.

La legge n. 190/2012 chiarisce che la violazione dei doveri previsti dal Codice generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e del Codice aziendale integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio ed è fonte di responsabilità disciplinare, fermi restando i casi in cui la violazione dia luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile.

Il R.P.C.T. verifica ogni anno il livello di attuazione del Codice.

Del Codice di Comportamento è stata data ampia diffusione a tutti i dipendenti e a tutti i soggetti indicati nel D.P.R. n. 62/2013.

Informazione

In attuazione dell'art. 1, comma 9, lett. c), della legge n. 190/2012, sono previsti i seguenti obblighi di informazione nei confronti del R.P.C., chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano triennale:

- i Dirigenti Responsabili di Strutture Complesse, di Strutture Semplici Dipartimentali e di Strutture Semplici relazionano tempestivamente in merito al mancato rispetto dei tempi procedurali;
- i Dirigenti Responsabili di Strutture Complesse, di Strutture Semplici Dipartimentali e di Strutture Semplici presentano, entro il 30 novembre di ogni anno, una relazione dettagliata sullo stato di attuazione della prevenzione della corruzione, ai sensi dell'art. 1, lett. d), sub h), del presente Piano.

Monitoraggio

In attuazione dell'art. 1, comma 9, lett. d) ed e) della legge n. 190/2012,

- il R.P.C.T. monitora periodicamente, con la collaborazione dei Dirigenti Responsabili di Struttura, il rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- i Dirigenti Responsabili di Strutture Complesse monitorano con cadenza annuale, anche con controlli sorteggiati a campione tra i dipendenti adibiti alle attività a rischio corruzione previste nel presente Piano, i rapporti aventi maggior valore economico esistenti tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'Azienda

Il R.P.C.T. dovrà acquisire una più efficace rete di comunicazione e di informazione per un più adeguato monitoraggio del sistema di prevenzione della corruzione, attraverso una costante comunicazione e scambio di informazioni con i Responsabili delle strutture a maggior rischio di corruzione (in particolare, in ordine agli scostamenti che si possono verificare nel corso dell'anno rispetto alle programmazioni stabilite all'inizio dell'anno), con il Sistema di Controllo interno e con l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari.

Permane l'obbligo dei Dirigenti di monitorare, per la parte di propria competenza, l'applicazione delle misure obbligatorie contenute nella struttura da loro diretta.

Rotazione del personale addetto alle aree a rischio corruzione

- Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume rilievo il principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio. La *ratio* della previsione normativa è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e che possa consolidarsi l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione. A tale proposito, l'art. 1, comma 10, lettera b) della L. 190/2012 stabilisce che il R.P.C.T. provvede, tra l'altro: *“alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione”*.
- Il PNA 2016, nella Sezione dedicata alla Sanità, ribadisce tale obbligo pur evidenziando che in tale settore l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari. Nell'area clinica, le figure apicali le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di un'Azienda Sanitaria.
- Con l'applicazione dell'atto aziendale, in attuazione della L. 19/2016, vi sarà una riduzione delle strutture con ridefinizione dei processi, dei ruoli e delle responsabilità e un'integrazione del personale assegnato alle stesse funzioni.
- Rimane inteso che il principio de quo, come ribadito dal P.N.A. 2016, deve essere un obiettivo effettivo, documentabile e pertanto verificabile. L'Azienda individuerà pertanto modalità operative e procedure per la rotazione dei dirigenti e dei funzionari addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione. A tal fine, adotterà dei criteri generali, previa informativa alle Organizzazioni Sindacali. L'attuazione della misura dovrà avvenire, compatibilmente con le risorse umane disponibili, in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni, per salvaguardare la continuità della gestione amministrativa, nel rispetto dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro. Ove le condizioni oggettive non consentano l'attuazione della misura, l'Azienda ne darà conto con adeguata motivazione.
In ogni caso, fermi restando i casi di revoca dell'incarico già previsti da norma di legge e le ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione potrà avvenire solo alla scadenza dell'incarico, la cui durata è regolamentata dai CC.CC.NN.LL.
- La rotazione non sarà applicata ai profili professionali nei quali è previsto il possesso di titoli di studio specialistici posseduti da una sola unità lavorativa.
- In caso di notizia formale di avvio di un procedimento penale a carico di un dipendente e in caso di avvio del procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'amministrazione dispone con provvedimento motivato, la rotazione e quindi il passaggio ad altro incarico del dipendente, ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. I *quater*, e dell'art. 55 *ter*, comma 1, del D. Lgs. n. 165/2001. (Rotazione c.d. straordinaria)

Conflitto d'interessi

- I dipendenti dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 sono tenuti a prestare la massima attenzione alle situazioni di conflitto di interessi. Si richiama a tal proposito l'art. 6 bis della legge n. 241/1990 - introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge n. 190/2012 - che stabilisce l'obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, per il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale e per i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interessi, anche solo potenziale; l'articolo prevede il dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti di ogni situazione di conflitto, anche potenziale.
- L'art. 6 del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013), con norma da leggersi in maniera coordinata con la disposizione precedente, impone al dipendente di astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o attività che possano coinvolgere interessi propri, di parenti o 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.
- La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al Dirigente responsabile dell'ufficio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Il Dirigente deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo, sollevandolo dall'incarico, oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte del dipendente. Le risposte formulate dal Dirigente devono essere trasmesse al R.P.C.T.
- Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, il Dirigente deve affidare il compito ad altro dipendente, ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. Qualora il conflitto riguardi un Dirigente apicale, sarà il R.P.C.T. a valutare le iniziative da assumere, informando tempestivamente la Direzione Strategica. (vedasi P.N.A. 2013, allegato 1, pag. 45)
- La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare, e può inoltre costituire causa 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.
- L'Azienda intraprende adeguate iniziative, anche attraverso corsi di formazione interni, per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interessi.
- 7 E' compito dei Dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali intraprendere adeguate iniziative per dar conoscenza ai propri collaboratori della disposizione di cui all'art. 1, comma 41 della L. 190/2012 relativa al "Conflitto di interessi" unitamente alla disposizione inserita all'art. 7 del Codice di comportamento nazionale e del Codice di comportamento aziendale.

Svolgimento di attività e incarichi extraistituzionali

- Lo svolgimento da parte dei Dirigenti e dei dipendenti dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 di incarichi, soprattutto se extraistituzionali, può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa, e può essere sintomatico dell'evenienza di fatti corruttivi.
- La legge n. 190/2012 ha inciso anche sulle disposizioni normative vigenti in materia di incompatibilità ed incarichi extraistituzionali del personale delle pubbliche amministrazioni, rendendo più stringenti e tempestivi gli adempimenti tanto delle amministrazioni, quanto dei dipendenti pubblici. La legge anticorruzione richiama l'attenzione sul diritto/obbligo del datore di lavoro pubblico di vagliare la reale compatibilità degli incarichi occasionali autorizzabili sia sotto il profilo, anche potenziale, di conflitto di interessi, sia per quanto concerne l'ottimale esercizio dell'attività istituzionale. Nel concedere l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, viene posta pertanto particolare attenzione alla verifica circa l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, intendendo per tali una contrapposizione tra il dovere pubblico e l'interesse privato del dipendente, che potrebbe indebitamente influenzare l'adempimento dei doveri istituzionali
- Per questi motivi, la legge n. 190/2012, all'art. 1, comma 42, è intervenuta a modificare la disciplina degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuta nell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001.

Inconferibilità e incompatibilità di incarichi di vertice e dirigenziali

In attuazione dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge n. 190/2012, il Governo ha emanato il D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico".

La norma presuppone che:

- lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;
- il contemporaneo svolgimento di alcune attività possa inquinare l'imparzialità dell'azione amministrativa, costituendo un ambito favorevole a illeciti scambi di favori;
- in caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, la pericolosità del soggetto consiglia in via precauzionale di evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali che comportino responsabilità su aree a rischio di corruzione.

In particolare, i Capi III e IV del D. Lgs. n. 39/2013 regolano le ipotesi di inconferibilità degli incarichi ivi contemplati in riferimento a due diverse situazioni:

- incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- incarichi a soggetti che sono stati componenti di organi di indirizzo politico.

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle norme sull'inconferibilità sono nulli. La situazione di inconferibilità non può essere sanata.

Per il caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il R.P.C.T. è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

La causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato a uno degli

incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro. Se si riscontra nel corso dell'incarico una situazione di incompatibilità, il R.P.C.T. effettua la contestazione all'interessato. Se la causa di incompatibilità non viene rimossa entro 15 giorni, si applica l'art. 19 del D. Lgs. n. 39/2013 che prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto di lavoro autonomo o subordinato.

Con delibera n. 833 del 3 agosto 2016, l'A.N.A.C. ha dettato le *“Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell’A.N.A.C. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.”*

Nel corso del 2016 il Servizio per il Personale ha verificato la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o ai soggetti destinatari di incarichi di Direttore Generale e di Direttore di Area (Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale) mediante redazione di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000. Le dichiarazioni sono state pubblicate nel sito web dell'Azienda. La dichiarazione è condizione per l'acquisizione di efficacia dell'incarico.

Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'Azienda nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta l'inconferibilità degli incarichi indicati dal D. Lgs. n. 39/2013 per un periodo di 5 anni.

Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage)

- In attuazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001, comma introdotto dall'art. 1, comma 42, della legge n. 190/2012, i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle Aziende Sanitarie U.L.S.S. n. 3 e U.L.S.S. n. 4, 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 dell'Azienda svolta attraverso i medesimi poteri. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artificialmente precostituirsi 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.
- I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal comma precedente sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con l'Azienda per i successivi tre anni, con l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati a essi riferiti.
- Al fine di garantire il rispetto della delineata normativa:
 - il Dirigente Responsabile del Servizio Personale è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o 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;
 - i Dirigenti dei Servizi che effettuano affidamenti sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione a carico dei soggetti partecipanti di non aver assunto come dipendenti o affidato incarichi professionali ad ex dipendenti delle due Aziende che hanno esercitato

poteri autoritativi o negoziali per conto degli enti nei loro confronti, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto. E' disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al presente punto.

Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici

1. In attuazione del dettato di cui all'art. 35 *bis* del D. Lgs. n. 165/2001, introdotto dal comma 46 della L. n. 190/2012, si è provveduto ad adeguare la dichiarazione di insussistenza di cause ostative alla partecipazione a commissioni di concorso rilasciata dai soggetti designati dall'Azienda quali componenti di commissioni di concorso o selezioni, mediante l'inserimento del riferimento alle condanne per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro II del Codice penale. Contestualmente è stata aggiornata l'autocertificazione che i commissari di gara devono obbligatoriamente sottoscrivere prima di essere formalmente nominati, inserendo l'attestazione circa l'assenza di condanne penali relative ai reati di cui sopra. La disciplina si correla a quella prevista dall'art. 3 del D. Lgs. n. 39/2013.

Formazione

- La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione e buona parte del conseguimento degli obiettivi delle strategie di prevenzione si correla alla capacità di dar corso ad azioni formative. L'Azienda, come disposto dal P.N.A., deve programmare adeguati percorsi di formazione, tenendo presente una strutturazione su almeno due livelli: un livello generale, rivolto a tutti i professionisti afferenti all'Azienda per l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale) e un livello specifico, rivolto al R.P.C.T., ai referenti, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio (conoscenza e condivisione degli strumenti di prevenzione - politiche, P.T.P.C., programmi, misure di contrasto).
- Il Piano Annuale di Formazione del personale dipendente nel periodo considerato dal presente Piano dovrà prevedere un percorso formativo per la prevenzione della corruzione (art. 1, comma 10, lettera c, L. 190/2012). Tale percorso, definito d'intesa tra il R.P.C.T. e il Responsabile della Formazione, dovrà essere caratterizzato da un approccio normativo e valoriale alle tematiche, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico.
- Il R.P.C.T. con la definizione delle procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, assolve a quanto richiesto dall'art. 1, comma 8, ultimo periodo, della legge n. 190/2012.

Integrazione delle misure di prevenzione della corruzione con il Piano Performance

Il lavoro di autoanalisi organizzativa per l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere concepito non come adempimento a se stante ma come una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo. A questo fine il PTPC non è il complesso di misure che il PNA impone, ma il complesso delle misure che autonomamente ogni amministrazione o ente adotta, in rapporto non solo alle condizioni oggettive della propria organizzazione, ma anche dei progetti o programmi elaborati per il raggiungimento di altre finalità (maggiore efficienza complessiva, risparmio di risorse pubbliche, riqualificazione del personale, incremento delle capacità tecniche e conoscitive).

Particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPC e Piano della performance, sotto due profili:

- a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che

favorisce la prevenzione della corruzione;

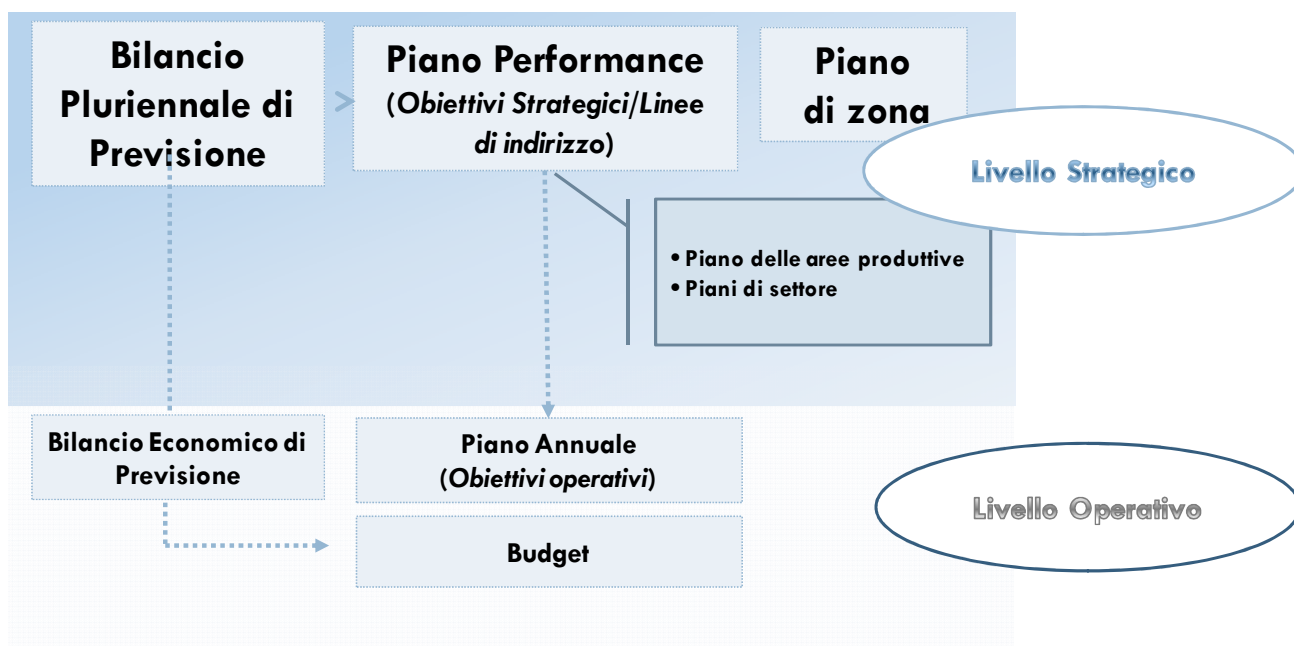
b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più efficaci e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa.

Con la programmazione operativa e l'articolazione degli obiettivi di budget è necessario declinare a livello di unità operativa gli obiettivi specifici che concorrono al raggiungimento degli obiettivi strategici definiti con il presente piano in stretta interrelazione con quelli previsti nel piano performance .

Le linee programmatiche e gli obiettivi

In linea con la programmazione nazionale e regionale, l'Azienda adotta un sistema integrato di Pianificazione Strategica, programmazione operativa e monitoraggio finalizzato al raggiungimento degli obiettivi aziendali per la tutela della salute e del benessere dei cittadini attraverso una gestione integrata dei servizi e nell'ottica di un miglioramento continuo.

Il processo di programmazione e controllo, coerentemente con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, viene esplicitato nel Piano della Performance 2018-2020 e declinato come di seguito riproposto.



Il Piano delle performance è lo strumento che dà avvio al Ciclo di gestione della performance così come previsto dal succitato decreto legislativo e costituisce il documento programmatico attraverso il quale, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, sono individuati gli obiettivi da perseguire.

L'Azienda formula annualmente il Piano delle performance, che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'Azienda U.L.S.S. n. 7, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente, D. Lgs. n. 150/2009, ed in conformità alle Linee di indirizzo della materia, redatte dalla Regione Veneto, D.G.R. n. 140 del 16/02/2016.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale, oltre che porre in essere percorsi di miglioramento

continuo dei risultati. Il Piano delle performance rappresenta il documento cardine della programmazione aziendale, in quanto contiene la programmazione strategica e operativa per tutti gli ambiti aziendali (amministrativo, ospedaliero, territoriale).

Questo è stato sottolineato anche con l'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione da parte dell'ANAC (Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015), dove si ribadisce di porre attenzione alla coerenza tra P.T.P.C. e Piano della Performance.

La gestione del rischio di corruzione deve essere integrata quindi con il ciclo di gestione della performance e deve tener conto dello specifico contesto esterno ed interno (mappatura dei processi) all'Azienda.

Resta di fondamentale importanza l'obbligo di pubblicazione dei dati, che deve essere attentamente perseguito, prevedendo anche specifici obiettivi e indicatori sia per la performance organizzativa che individuale, con obiettivi assegnati al responsabile della prevenzione della corruzione e al personale dirigente a vario titolo coinvolto nella realizzazione del P.T.P.C.

Per il 2018 le attività e le iniziative in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione saranno intensificate e migliorate grazie anche all'attuazione di quanto previsto e programmato nei Piani di Settore secondo una metodica uniformata a livello aziendale, in attuazione degli obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza, dove sono esplicitate le scelte strategiche di sviluppo del piano, gli obiettivi, le attività e la relativa tempistica (gant), gli indicatori con il valore soglia e le modalità di ancoraggio degli obiettivi stessi. I Piani di settore infatti sono documenti che esplicitano la programmazione di ambiti aziendali di supporto all'area produttiva e nei quali vengono definiti gli obiettivi aziendali che si affiancano a quelli delle aree produttive.

A livello operativo viene redatto il piano annuale degli obiettivi da cui discende l'articolazione degli obiettivi di Budget delle strutture organizzative definiti in coerenza con le previsioni in sede di Bilancio Economico Preventivo Annuale e con il Piano Investimenti. Sono parte integrante della programmazione gli obiettivi di salute e funzionamento della Regione Veneto assegnati alle Aziende Sanitarie per l'anno di riferimento.

Indice di trasparenza e di prevenzione della corruzione è quanto l'Azienda sta attuando relativamente alle disposizioni, previste dal decreto n. 135 del 30/6/2017 del commissario di Azienda Zero, relativamente al PAC (percorsi attuativi della certificabilità) con il quale sono stati dati gli indirizzi sulle misure di controllo interno da attivare nei cicli contabili e nelle aree di bilancio, supportando i gruppi di lavoro istituiti per lo studio e l'armonizzazione delle procedure standard e prevedendo degli audit specifici per testare l'impianto e l'efficacia dei controlli minimi previsti dal PAC.

Il piano di settore della Prevenzione della corruzione

Preso atto della grande trasformazione che sta avvenendo nella sanità in Veneto, si è reso necessario predisporre un Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione che pur unitario, tenga conto in separata evidenza le peculiari caratteristiche di ciascuna delle Aziende ULSS che sono confluite nel nuovo soggetto giuridico.

Sono state emanate le linee guida Dgr 1306/2017 per l'approvazione del nuovo Atto Aziendale, documento fondamentale per prendere in analisi la nuova forma organizzativa e per reingegnerizzare i processi. Con deliberazione del Direttore Generale n.41 del 10.01.2018 è stato approvato l'atto aziendale dell'azienda ulss 7 Pedemontana .

L'Azienda si sta dotando di un software per la gestione strutturata ed informatizzata dei processi aziendali, tematica conosciuta in letteratura come Business Process Management ed è risultato un prodotto soddisfacente per la strategia direzionale di strutturare e gestire, in ottica di uniformità e monitoraggio, alcuni dei processi amministrativi aziendali.

Il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016, è stato adottato dall'A.N.A.C. con determinazione n. 831 del 3 agosto 2016.

Con riferimento all'ambito soggettivo di applicazione, le disposizioni del P.T.P.C. riguardano tutti i dipendenti dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 Pedemontana, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, anche in posizione di comando e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda. Il P.T.P.C. è uno strumento di misure concrete, da realizzare per attuare un'efficace prevenzione e lotta alla corruzione.

Obiettivo primario per l'Azienda è diffondere la cultura dell'anticorruzione, strumento indispensabile è il codice di comportamento aziendale.

Definizione scelte strategiche di sviluppo del piano

Le scelte strategiche riguarderanno prevalentemente:

- La mappatura delle aree a rischio in Azienda
- Le priorità che vengono dettate dalla Regione
- Le priorità dettate dal Piano Nazionale Anticorruzione dell'Anac
- L'individuazione di priorità interne

La Responsabilità diffusa per il governo del rischio

OBIETTIVI TRIENNALI DEL PIANO DI SETTORE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE				
Obiettivi operativi	Indicatori	Valore soglia 2018	Valore soglia 2019	Valore soglia 2020
Adozione del Piano di Prevenzione della corruzione nel rispetto di quanto definito da Anac e Regione	Adozione documento nei termini 31.01.2018	1	1	1
Diffusione della cultura della Prevenzione della Corruzione	Piano In "pillole"- stesura e diffusione	1	1	1
Analisi dei processi con mappatura dei rischi	n. processi analizzati	1	3	4
n. procedure standard regionali adottate	n. procedure	2	3	3
	% controlli attuati rispetto a quelli previsti dalle procedure standard adottate	75%	75%	75%
Revisione dei controlli sulle aree a rischio prioritarie indicate da Anac	% aree analizzate	50%	50%	100%

Il Piano di settore Internal Auditing

Negli ultimi anni è cresciuto notevolmente l'interesse per le tematiche della gestione del rischio ed è diventata sempre più evidente **la necessità di disporre di un valido modello di riferimento per identificare, valutare e gestire i rischi in modo efficace.**

Secondo la dottrina prevalente il Sistema di Controllo Interno viene definito come : "l'insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire, attraverso un adeguato processo di identificazione, misurazione, gestione e monitoraggio dei principali rischi aziendali, una conduzione dell'impresa (Ente) sana, corretta e coerente con gli obiettivi aziendali prefissati che consente di perseguire le seguenti finalità:

- efficacia ed efficienza dei processi aziendali ;
- salvaguardia del patrimonio aziendale (fisico,logico,umano);
- affidabilità e integrità delle informazioni contabili e gestionali;
- conformità delle operazioni con la legge, regolamenti e procedure interne".

Definizione scelte strategiche di sviluppo del piano

- Proseguire nello sviluppo e nel miglioramento del SCI promuovendo la cultura aziendale del controllo e dell'analisi del rischio a tutti i livelli operativi per l'efficace ed efficiente gestione e per la tutela del patrimonio aziendale, potenziando le competenze e le capacità personali del personale coinvolto nel SCI e nei processi che possono creare un rischio amministrativo contabile, compliance e/o frode.
- Adottare le due procedure standard regionali "Acquisto prestazioni di residenzialità e semiresidenzialità anziani" e "Attività di ispezione di igiene e sanità pubblica e veterinaria - Sotto-processo Spisal" deliberate con DGR n. 2135 del 23/12/2016, uniformando le procedure in essere nelle due ex Aziende in un'unica procedura che segue le indicazioni regionali e valutando o implementando i controlli già in essere.
- Attuare le disposizioni previste dal decreto n. 135 del 30/6/2017 del commissario di Azienda zero relativamente al PAC (percorsi attuativi della certificabilità) con il quale sono stati dati gli indirizzi sulle misure di controllo interno da attivare nei cicli contabili e nelle aree di bilancio, supportando i gruppi di lavoro istituiti per lo studio e l'armonizzazione delle procedure standard e prevedendo degli audit specifici per testare l'impianto e l'efficacia dei controlli minimi previsti dal PAC.
- Mappare i processi prioritari esposti a maggior rischio a partire predisporre una mappa dei rischi aziendali sulla base di informazioni desunte da: le risultanze di audit precedenti, le segnalazioni del vertice e del management aziendale, l'analisi di indicatori qualitativi della gestione, l'analisi dei principali cambiamenti avvenuti nella struttura organizzativa e nelle politiche strategiche dell'azienda.
- Assicurare coerenza tra le attività del presente piano e gli altri piani di settore, nonché con le indicazioni contenute nel regolamento organizzativo e di funzionamento predisposto dall'Azienda Zero, sia in termini di contenuti che di tempistiche.

OBIETTIVI TRIENNALI DEL PIANO DI SETTORE CONTROLLO INTERNO				
Obiettivi operativi	Indicatori	Valore soglia 2018	Valore soglia 2019	Valore soglia 2020
Sviluppo e miglioramento del SCI	N processi analizzati	1	3	4
	N Procedure standard adottate	2	3	3
	% controlli attuati rispetto a quelli previsti dalle procedure standard	75%	75%	75%
Verifica adeguatezza ed effettiva applicazione delle procedure amministrative contabili previste dal PAC	N audit	5	5	5
Follow up processi mappati SCI	N audit di follow up	-	3	6
Verifica attivazione delle azioni indicate nelle raccomandazioni di audit	% azioni implementate		50%	50%

Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illecito (*whistleblower*)

La 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 prevede la tutela dell'identità del segnalante, oltre alla garanzia di nessuna ritorsione sul lavoro e tantomeno di atti discriminatori. Nello specifico il dipendente, pubblico o privato che sia, che segnala all'Autorità nazionale anticorruzione o all'autorità giudiziaria condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza non potrà essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito. E in caso il dipendente venisse discriminato, spetterà al datore di lavoro dimostrare che le misure adottate sono state motivate da ragioni estranee alla segnalazione di illeciti.

L'azienda si impegna ad inserire nel codice di comportamento dei dipendenti le modalità procedurali per la segnalazione di illeciti.

- I Dirigenti assicurano la tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito. Nel procedimento disciplinare seguente alla segnalazione non rivelano l'identità del segnalante, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione.
- Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato: tale circostanza può emergere solo a seguito dell'audizione dell'incolpato ovvero delle memorie difensive che lo stesso produce nel procedimento.
- La tutela dell'anonimato prevista dalla norma non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima. La misura di tutela introdotta dalla disposizione si riferisce al caso di segnalazione proveniente da dipendenti individuati e riconoscibili. L'attività del segnalante, nelle intenzioni del legislatore, deve essere considerata come un fattore destinato a eliminare ogni possibile forma di "*malpractice*" e orientato attivamente all'eliminazione di ogni possibile fattore di corruzione all'interno dell'amministrazione.
- Il documento con cui è stata effettuata la denuncia non può essere oggetto di visione né di estrazione di copia da parte dei richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 24, comma 1, lett. A), della legge n. 241/1990.
- In attesa che l'ANAC si doti di una piattaforma Open Source, basata su componenti tecnologiche stabili e ampiamente diffuse, nel sito Internet dell'Azienda, sezione "Altri contenuti / Prevenzione della Corruzione" all'interno della sezione "amministrazione trasparente", sono indicate le modalità tramite cui i dipendenti possono effettuare segnalazioni aventi a oggetto comportamenti, rischi, reati o irregolarità consumati o tentati a danno dell'interesse pubblico. Per assicurare la tutela dell'anonimato del whistleblower, era stato attivato un indirizzo di posta elettronica dedicato. Sono messi a disposizione il modulo ed il recapito per le segnalazioni all'interno della sezione.

Responsabilità e altre sanzioni

Responsabilità del Direttore Generale

- Ai sensi dell'art. 19, comma 5, lett. b) del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni nella legge n. 114/2014, nei casi di omessa adozione, da parte del soggetto obbligato, dei P.T.P.C. e dei Codici di Comportamento, l'ANAC applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a euro 10.000.
- E' altresì responsabile in base all'art. 1, comma 523 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)”* la quale stabilisce che *“il mancato rispetto delle disposizioni di cui al comma 522 (obbligo della pubblicazione integrale del bilancio e attivazione del sistema di monitoraggio delle attività assistenziali) costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa del Direttore Generale e del R.P.C.T.”*.

Responsabilità del R.P.C.T.

- A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile sono previste consistenti responsabilità in caso di inadempimento. In particolare:
 - *ai sensi dell'art. 1, comma 12 della legge n. 190/2012, il Responsabile della Prevenzione “in caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, risponde ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m., nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:*
 - *di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;*
 - *di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano”.*
 - *ai sensi dell'art. 1, comma 13, “la sanzione disciplinare a carico del responsabile individuato ai sensi del comma 7 non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi.”*
 - *ai sensi dell'art. 1, comma 14, “In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.”*
- E' altresì responsabile in base all'art. 1, comma 523 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)”* la quale stabilisce che *“il mancato rispetto delle disposizioni di cui al comma 522 (obbligo della pubblicazione integrale del bilancio e attivazione del sistema di monitoraggio delle attività assistenziali) costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa del Direttore Generale e del R.P.C.T.”*.

Responsabilità dei dipendenti

- Con riferimento alle rispettive competenze, la violazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di collaborazione e informazione e segnalazione previste dal presente Piano e delle regole di condotta previste nei Codici di Comportamento da parte dei dipendenti dell'Azienda è fonte di responsabilità disciplinare, alla quale si aggiunge, per i Dirigenti, la responsabilità dirigenziale.

- I Dirigenti sono altresì responsabili in caso di inadempimento degli obblighi di controllo e vigilanza posti a loro carico dal presente Piano e dai Codici di Comportamento.
- La mancata o incompleta pubblicazione da parte dei responsabili dei servizi delle pubblicazioni previste dall'art. 1, commi 15, 16, 29 e 30 della legge n. 190/12, comporta responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., come disposto dal comma 33 del medesimo art. 1.
- I ritardi degli aggiornamenti dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili dei servizi (art. 1, comma 33 della L. n. 190/12).
- La violazione dei doveri relativi all'attuazione del presente Piano è fonte di responsabilità disciplinare, nonché di responsabilità civile, amministrativa e contabile, ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di obblighi, leggi o regolamenti.

Provvedimenti nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo e dei dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi

- Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di Comportamento aziendale applicabile ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.
- E' fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento, qualora da tale comportamento siano derivati danni all'ente, anche sotto il profilo reputazionale.

Pubblicazione

Il presente Piano viene pubblicato sul sito web dell'Azienda, www.aulss7.veneto.it, nella sezione "Amministrazione Trasparente" – "Altri Contenuti" – "Prevenzione della Corruzione", ed è portato a conoscenza di tutti i dipendenti.

Disposizioni finali

Il presente Piano sarà oggetto di modifiche e integrazioni a seguito di eventuali provvedimenti nazionali e regionali, nonché a seguito del monitoraggio sull'attuazione effettiva delle regole di legalità e integrità in esso contenute.

"Il mondo è quel disastro che vedete non per i guai combinati dai mascalzoni ma per l'inerzia dei giusti che se ne accorgono e stanno lì a guardare".

(Albert Einstein)

* * * * *

Sezione seconda: Trasparenza

Gli obblighi di trasparenza disciplinati dal d. lgs. n. 33/2013, come novellato dal d. lgs. n. 97/2016

Premessa

Sul D.Lgs. 14/03/2013, n. 33 *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”* - che ha riordinato in un unico corpo normativo le numerose disposizioni legislative in materia e introdotto al contempo nuovi obblighi in capo alle Pubbliche Amministrazioni – è intervenuto il recente D.Lgs. 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, a sensi dell’art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle pubbliche amministrazioni”*.

Il D.Lgs n. 97/2016, in ragione di una sentita necessità di razionalizzazione e semplificazione, ha abrogato o integrato diverse norme disciplinanti gli obblighi di trasparenza delle pubbliche amministrazioni, anche se ha esteso nel contempo l’ambito soggettivo di applicazione della normativa in argomento, e ha, in particolare, introdotto il nuovo istituto denominato *“accesso civico generalizzato”* agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni. Detta nuova tipologia di accesso ha richiesto l’intervento dell’ANAC, che ha adottato la delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016 *“Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5, co. 2, del D.Lgs. n. 33/2013”*.

Tra le modifiche più rilevanti contenute nel citato D.Lgs. n. 97/2016 (cfr, art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013 novellato) vi è anche quella che ha disciplinato l’unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza e l’introduzione di nuove sanzioni pecuniarie di competenza dell’ANAC.

A seguito delle modifiche legislative apportate al D.Lgs. n. 33/2013, l’ANAC ha adottato, al fine di coordinare l’attività dei soggetti tenuti agli obblighi di pubblicità, l’importante Delibera 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”*.

Trasparenza come misura di prevenzione della corruzione

La trasparenza è uno degli assi portanti della politica anticorruzione impostata dalla l. 190/2012. Essa è fondata su obblighi di pubblicazione previsti per legge ma anche su ulteriori misure di trasparenza che ogni ente, in ragione delle proprie caratteristiche strutturali e funzionali, dovrebbe individuare in coerenza con le finalità della l. 190/2012. A questo fine si raccomanda di inserire il Programma per la trasparenza all’interno del PTPC, come specifica sezione, circostanza attualmente prevista solo come possibilità dalla legge (art. 10 co. 2 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33).

La programmazione degli obblighi e degli obiettivi relativi alla trasparenza – i quali realizzano già di per sé una misura di prevenzione dei fenomeni corruttivi e di promozione dell’integrità dell’operato pubblico, perché consentono il controllo da parte degli utenti sull’attività amministrativa – costituisce una sezione del Piano per la Prevenzione della Corruzione, così come previsto dall’art. 10 del D. Lgs n. 33/2013.

Il principio di trasparenza è stato ridefinito dall'art. 1, comma 1, del D.Lgs. n. 33/2013, così come da ultimo modificato, come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni allo scopo non solo di “favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche” (art. 5, comma 2, del decreto trasparenza), ma anche di **tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa**.

Il P.T.P.C., con riferimento alla presente sezione, di questa Azienda ULSS n. 7 Pedemontana, in coerenza alle previsioni del D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i., e alle indicazioni fornite dall'ANAC con le proprie delibere, si ispira e attiene ai seguenti principi generali:

- pubblicazione dei documenti, informazioni e dati in modo via via sempre più chiaro e comprensibile per “*chiunque*”;
- implementazione e attuazione dei sistemi di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- indicazione dei Responsabili dell'individuazione, elaborazione e pubblicazione dei dati e delle iniziative in materia di trasparenza e di integrità, anche ai fini dell'applicazione della responsabilità prevista dall'art. 46 del D.Lgs. n. 33/2013;
- coinvolgimento degli *stakeholder* interni ed esterni nel processo di elaborazione e attuazione del Programma.

Elementi identificativi e caratterizzanti dell'Azienda: Denominazione, sede legale e Logo aziendale

La L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 in oggetto “*Istituzione dell'ente di governo della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero” Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende U.L.S.S.*” ha ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende ULSS alla luce di alcuni dei seguenti criteri (art. 14 L.R. n. 19/2016):

- a) *garantire l'equità e l'universalità del sistema sanitario, erogando le prestazioni in modo appropriato ed uniforme;*
- b) *individuare le dimensioni ottimali delle Aziende ULSS al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi resi in un'ottica di razionalizzazione e riduzione dei costi;*
- c) *sviluppare un sistema che garantisca la trasparenza dei sistemi organizzativi, nonché la partecipazione dei cittadini;*
- d) *garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario regionale.”*

A far data dal 1° gennaio 2017 l'ULSS n. 3 Bassano del Grappa ha modificato la propria denominazione in “**Azienda ULSS n. 7 Pedemontana**”, mantenendo la propria sede legale e ha incorporato la soppressa ULSS n. 4 Alto Vicentino. Per effetto della incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde ora a quella già precedentemente illustrata a pag. 14.

La sede legale dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 è sita in Bassano del Grappa (VI) - via dei Lotti n. 40 – Codice Fiscale e Partita I.V.A. 00913430245.

Il sito Web e la PEC istituzionali sono:

- Sito Web: <http://www.aulss7.veneto.it>

-PEC istituzionale: protocollo.aulss7@pecveneto.it

Il logo aziendale è il seguente:



Il logo dell'“ULSS 7 PEDEMONTANA” è accompagnato dal simbolo della “REGIONE DEL VENETO”, ovvero il leone alato di San Marco.

L'ambito territoriale dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 comprende n. 60 Comuni:

Arsiero, Asiago, Bassano del Grappa, Breganze, Caltrano, Calvene, Campolongo sul Brenta, Carrè, Cartigliano, Cassola, Chiuppano, Cison del Grappa, Cogollo del Cengio, Conco, Enego, Fara Vicentino, Foza, Gallio, Laghi, Lastebasse, Lugo di Vicenza, Lusiana, Malo, Marano Vicentino, Marostica, Mason Vicentino, Molvena, Monte di Malo, Montecchio Precalcino, Mussolente, Nove, Pedemonte, Pianezze, Piovene Rocchette, Posina, Pove del Grappa, Roana, Romano d'Ezzelino, Rosà, Rossano Veneto, Rotzo, Salcedo, San Nazario, San Vito di Leguzzano, Santorso, Sarcedo, Schiavon, Schio, Solagna, Tezze sul Brenta, Thiene, Tonezza del Cimone, Torrebelvicino, Valdastico, Valli del Pasubio, Valstagna, Velo d'Astico, Villaverla, Zanè, Zugliano.

La sua superficie totale è di kmq 1482,98 e la popolazione residente, al 01/01/2017, è di n. 367.351 abitanti.

Missione, valori e relativi obiettivi

L'Azienda U.L.S.S. n. 7, in quanto ente strumentale della Regione Veneto, assume come missione il compito di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale e di realizzare, nel proprio ambito territoriale, le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale, impiegando nel processo di assistenza le risorse a essa assegnate in modo efficiente, oltre che efficace ed economico.

I valori che ispirano l'azione dell'Azienda sono la promozione e la tutela della salute, quale bene collettivo e individuale e l'equità di accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari da essa gestiti.

La visione dell'Azienda consiste nell'essere e voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, per soddisfare i bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

E' compito dell'Azienda mantenere livelli di assistenza elevati nella loro appropriatezza e qualità, ottimizzando le risorse, perseguendo la soddisfazione dei bisogni reali della Comunità e dei singoli, creando un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale e umano degli operatori, anche avvalendosi di un sistema di relazioni sindacali orientato all'affermazione e al rispetto dei valori dell'Azienda.

L'Azienda riconosce che l'assistenza - che deve essere prestata con continuità e con criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare - rappresenta la sua competenza fondamentale. Per questo motivo è impegnata a ricercare la più ampia integrazione tra l'ospedale e il territorio, attivando sinergie operative volte a valorizzare la continuità dell'assistenza sanitaria secondo quanto previsto dal P.S.S.R. in risposta ai bisogni assistenziali dei cittadini.

L'Azienda, nell'erogazione dell'assistenza, fa propri i seguenti principi:

- regola suprema dell'assistenza in ogni momento della sua continuità è la comprensione e il rispetto delle persone assistite e delle loro famiglie;
- la pratica professionale clinica deve essere guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza per assicurare gli standard più elevati;
- l'attenzione ai diritti del cittadino deve comprendere la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali;
- l'assistenza deve essere offerta nel contesto più appropriato, fortemente orientato al servizio, correlata ai bisogni emergenti espressi;
- la formazione continua del personale deve essere considerata accrescimento del capitale umano dell'Azienda e finalizzata, attraverso l'incremento delle conoscenze, al miglioramento dell'assistenza.

Gli obiettivi aziendali, intesi quali risultati concreti che l'Azienda deve raggiungere per realizzare la propria missione in un dato arco temporale, sono definiti dalla Programmazione Socio-Sanitaria Regionale e assegnati al Direttore Generale all'atto del conferimento del suo incarico. Tali obiettivi devono essere raggiunti esercitando pienamente, nell'ambito della personalità giuridica pubblica riconosciuta all'Azienda, l'autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis del D. L.vo n. 229/99.

La Legge Regionale n. 23 del 29.6.2012 "*Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016*" è uno degli strumenti di cui l'Azienda Sanitaria si avvale per il raggiungimento dei propri obiettivi, così come indicati dalla Regione.

Processo di attuazione degli obblighi di trasparenza - responsabilita' e sanzioni

La legge richiede alle Pubbliche Amministrazioni di elaborare il P.T.P.C. con il coinvolgimento dei vertici delle stesse.

Contenuto imprescindibile del P.T.P.C. sono la definizione di idonee misure organizzative per l'attuazione effettiva della pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria (art. 1, comma 8, L. 190/2012).

I Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni individuati nell'**Allegato 1** del presente Piano debbono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge. I medesimi sono altresì responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento di documenti, informazioni e dati mediante il sistema già in essere. Debbono pertanto adottare le misure necessarie all'interno dei loro Servizi/Uffici, al fine di assicurare quanto sopra.

Il R.P.C.T. deve svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

Lo stesso deve segnalare al Direttore Generale, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) e all'ANAC i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Nei casi più gravi e in relazione alla loro gravità, il R.P.C.T. segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di trasparenza all'ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD), nonché al Direttore Generale e all'OIV, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (art. 43 D.Lgs n. 33/2013).

La legge prevede importanti sanzioni in caso di violazione degli obblighi di trasparenza. L'inadempimento può comportare responsabilità disciplinare, dirigenziale e amministrativa (artt. 15

e 46 del D.Lgs n. 33/2013), nonché l'applicazione di sanzioni amministrative (art 47 D.Lgs n. 33/2013). Le sanzioni riguardano i soggetti che sono tenuti a contribuire agli adempimenti previsti dal D.Lgs n. 33/2013 e, quindi, non solo il R.P.C.T. per le sue attribuzioni specifiche, ma anche i Responsabili che debbono fornire dati per realizzare la pubblicazione.

In alcuni casi la pubblicazione dei provvedimenti adottati dall'Azienda costituisce condizione legale di efficacia dei provvedimenti stessi e la mancata, incompleta o ritardata pubblicazione, oltre a comportare responsabilità disciplinare in carico al Dirigente resosi colpevole della mancanza, comporta il pagamento di una sanzione pari alla somma indebitamente erogata e, ove ricorrano i presupposti di cui all'art. 30 del D.Lgs. n. 104/2010, il risarcimento del danno del destinatario (art.15, comma 3, e art. 26, comma 3, del D. Lgs n. 33/2013).

Piano di settore della Trasparenza

La programmazione a livello aziendale sulla Trasparenza discende dal Piano di settore 2018-2020.

Premessa

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali.

Come indicato dalla normativa - D. Lgs. 33/2013 modificato dal D. Lgs. 97/2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza" - i nuovi adempimenti di pubblicazione sono resi vigenti a far data dal 23 dicembre 2016. Questa sezione è pertanto articolata ai sensi del decreto sopra indicato e secondo le recenti specifiche dettate da ANAC.

I dati, documenti e informazioni non più soggetti a pubblicazione, in quanto abrogati dal D. Lgs. 97/2016, cessano di essere aggiornati a far data dal 23.12.2016. Vengono comunque conservati i dati, documenti, informazioni già pubblicati dal 20 aprile 2013, data di entrata in vigore del D. Lgs. 33/2013, per il rimanente periodo di pubblicazione, indicando la normativa in 5 anni la durata dell'obbligo.

Resta ferma la pubblicazione dei dati e informazioni nella sottosezione "Personale" che assolve agli obblighi di "Trasparenza valutazione merito" di cui al D. Lgs 27 ottobre 2009 n. 150, Capo III, art. 11, comma 7.

Dal 2017, infatti, non viene più redatto il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, sostituito da una sezione "Trasparenza" quale parte integrante e sostanziale del piano anticorruzione. (art. 10 del D.Lgs 33/2013 così come modificato dal D.Lgs 97/2016).

Così come previsto il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017 - 2019 è pubblicato nella sottosezione Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione.

A seguito della riorganizzazione delle aziende sanitarie del Veneto, l'Azienda ULSS 7 Pedemontana, costituitasi per fusione dell'ex Azienda ULSS n. 3 di Bassano e dell'ex Azienda ULSS n. 4 Alto Vicentino, che è stata soppressa e incorporata, sta lavorando alla costruzione del nuovo sito aziendale e con particolare attenzione al corretto adempimento degli obblighi di Trasparenza, così come aggiornato dalla Delibera Anac n. 1310/2016. Si evidenziano tra gli argomenti da affrontare per quanto riguarda la Trasparenza a' sensi del d.lgs. 33/2013 e s.m.i. anche le sanzioni relative alla violazione degli obblighi di trasparenza e il nuovo accesso civico cosiddetto FOIA (Freedom of Information Act) dopo il d.lgs. 97/2016.

Viene garantita continuità di pubblicazione e aggiornamento dei contenuti delle rispettive sezioni "Amministrazione Trasparente" dei siti istituzionali delle ex Aziende UU.LL.SS, fermo restando che

agli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. 33/2013 verrà dato progressivamente adempimento sul sito istituzionale dell'azienda ulss 7 Pedemontana.

La maggior criticità è rappresentata dalla diversa tempestività di pubblicazione dei due distretti (ex aziende ulss) e dalla diversa modalità di estrazione dei dati.

L'Azienda si sta dotando di un software per la pubblicazione in automatico dei dati soggetti alla normativa sulla trasparenza ex d.lgs. 33/2013 ss.mm.ii.

Collegamento con gli obiettivi strategici aziendali

La sostenibilità del sistema e cioè rispettare gli impegni e rendere conto alla comunità, rappresenta la terza macroarea rispetto alla quale la Direzione Generale identifica gli obiettivi strategici e linee di indirizzo e azioni per il triennio 2018-2020.

Tutelare e migliorare la salute della popolazione assistita, garantendo servizi di qualità in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza sono obiettivi prioritari per l'Azienda. A tal fine risulta fondamentale l'adozione e il miglioramento di strumenti di governo per il monitoraggio dei fenomeni sanitari, il contenimento dei costi e la gestione efficiente dei servizi.

“Rispettare gli impegni e rendere conto alla comunità” con l'agire anche con trasparenza.

OBIETTIVI TRIENNALI DEL PIANO DI SETTORE DELLA TRASPARENZA				
Obiettivi operativi	Indicatori	Valore soglia 2018	Valore soglia 2019	Valore soglia 2020
Completezza della pubblicazione dei documenti	Percentuale dei documenti pubblicati nei tempi previsti	90%	100%	100%
Coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni	Giornata della Trasparenza	1	1	2
Ottemperanza alla normativa dell'accesso civico	Rispetto dei tempi di risposta per l'accesso civico	100%	100%	100%

Particolare attenzione agli obblighi di seguito elencati:

- Monitoraggio periodico dei tempi procedurali;
- Pubblicazione elenco per anni 5 dei provvedimenti (deliberazioni e determinazioni) adottati;
- Dati più frequentemente richiesti con l'esercizio dell'accesso civico generalizzato.

Tutti i documenti pubblicati devono riportare al loro interno fonte, data, periodo di riferimento o validità e l'oggetto, al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi. Ogni soggetto dell'Azienda, in qualità di “Fonte”, fornirà i documenti da pubblicare e/o pubblicherà gli stessi in formato aperto e accessibile.

Anche nella sezione “*Amministrazione trasparente*” del sito istituzionale della nuova Azienda ULSS n. 7 (in costruzione) sarà inserito il form “*Errori in questa pagina?*”, mediante il quale chiunque ha la possibilità di segnalare eventuali errori e/o lacune di pubblicazione.

La pubblicazione nel sito istituzionale, in attuazione del D.Lgs n. 33/2013, di documenti, informazioni e dati deve avvenire nel rispetto della disciplina del codice sulla privacy, tenendo conto altresì costantemente delle indicazioni fornite da ANAC e dal Garante per la protezione dei dati personali (si ricorda, in particolare, la delibera del 2 marzo 2011 del Garante “*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”).

Al presente Piano è allegata la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti, aggiornata dalla Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016, con i relativi Responsabili dei flussi informativi (**Allegato 1**).

Processo di pubblicazione dei dati

La trasparenza implica che tutti i dati oggetto di pubblicazione debbano essere resi pubblici in formato di tipo aperto ai sensi dell'art. 68 del Codice dell'Amministrazione Digitale e debbano essere riutilizzabili (con l'obbligo di citarne la fonte e di rispettarne l'integrità - art. 7, D. Lgs n. 33/2013). Non è, infatti, sufficiente la pubblicazione di documenti, informazioni e dati perché si realizzino obiettivi di trasparenza. Tutti i cittadini e gli *stakeholder* debbono poter accedere in modo agevole alle informazioni e comprenderne il contenuto.

Posta elettronica certificata - pec

Tra gli adempimenti richiamati nel P.T.P.C. rientra la previsione dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata (PEC), individuata come uno degli strumenti necessari per l'attuazione dei compiti di trasparenza.

La diffusione della PEC rientra nel processo di “dematerializzazione” della burocrazia. La casella istituzionale PEC è la seguente:

protocollo.aulss7@pecveneto.it

Anche l'ufficio relazioni con il pubblico (URP) dell'Azienda ha una propria PEC oltre a due caselle e-mail istituzionali:

urp.aulss7@pecveneto.it

urpbassano@aulss7.veneto.it

urpthiene@aulss7.veneto.it

Il monitoraggio

Il monitoraggio annuale in ordine all'efficacia del P.T.P.C. avviene mediante predisposizione della relazione annuale anticorruzione, a cura del R.P.C.T., secondo lo schema di relazione standard messo a disposizione da ANAC. Il monitoraggio comprenderà anche la valutazione dell'efficacia delle misure di trasparenza.

Il R.P.C.T. provvederà a monitorare – anche attraverso il Gruppo di lavoro di cui al precedente obiettivo I, oltre che con la collaborazione di personale allo scopo individuato - il link “*Amministrazione Trasparente*” del sito Internet Istituzionale, sia per l'avvenuto inserimento di quanto da pubblicare, sollecitando nel caso gli uffici a completare quanto non ancora pubblicato, sia per la permanenza nei *link* delle informazioni già inserite.

Successivi aggiornamenti riguarderanno le modifiche relative alla riorganizzazione aziendale, a seguito dell'entrata in vigore dell'Atto Aziendale.

Da ultimo, con le verifiche periodiche, i componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione provvederanno a riscontrare il corretto e completo inserimento dei dati pubblicati sul sito aziendale.

Il Gruppo di supporto del R.P.C.T.

A supporto e collaborazione del R.P.C.T., nel corso del 2017, è stato istituito un gruppo di lavoro composto da professionalità multidisciplinari. Il Direttore Generale dell'Azienda Ulss 7 Pedemontana con nota N. 0083774 – del 26/09/2017 ha designato il Gruppo Trasparenza.

La presente sezione è stata elaborata in base alle linee guida della delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016.

Ascolto degli stakeholder

A corollario del principio dell'accessibilità delle informazioni, e tenuto conto del processo di verifica e aggiornamento annuale della sezione della Trasparenza, è di particolare rilievo che l'Azienda raccolga *feedback* dai cittadini e dagli *stakeholder* sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati nonché eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito a ritardi e inadempienze riscontrate.

E' importante strutturare azioni a supporto della partecipazione dei portatori di interesse, anche attraverso l'implementazione di strumenti interattivi in modo che gli *stakeholder* possano restituire con immediatezza un feedback sull'operato svolto.

L'Azienda ULSS n 7 intende coinvolgere e dialogare con gli *stakeholder* attraverso le seguenti modalità:

- attività ordinaria condotta dalle diverse strutture dell'Azienda stessa, sia ospedaliera, che territoriale;
- intensificazione della funzione di ascolto presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), sia in chiave valutativa della qualità dei servizi offerti (indagini di *customer*, *audit*, reclami e segnalazioni), sia in chiave propositiva in merito agli ambiti su cui attivare azioni migliorative;
- segnalazioni pervenute tramite posta elettronica o presentate all'URP;
- attraverso i *feedback* che si riceveranno dalla Giornata della Trasparenza.

L'Azienda svolge un'importante opera di diffusione di notizie e di informazioni utili quali ad esempio i comunicati stampa, gli interventi in occasione di serate, programmi televisivi, che, in proiezione, saranno rivisti rafforzando ulteriormente l'argomento trasparenza.

Promozione e diffusione della trasparenza

Le attività di promozione e di diffusione dei contenuti del Programma triennale sono volte a favorire l'effettiva conoscenza e utilizzazione dei dati che le amministrazioni pubblicano e la partecipazione degli *stakeholder* alle iniziative per la trasparenza e l'integrità realizzate.

La diffusione del P.T.P.C. all'interno dell'ambiente aziendale compete ai Dirigenti (**Allegato 1**) delle strutture competenti per materia, i quali hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'accessibilità del dato e pubblicarlo nella sezione apposita.

Per garantire che i Dirigenti individuati nell'**Allegato 1** del presente programma assicurino il tempestivo e regolare flusso delle informazioni e della loro pubblicazione saranno previsti momenti di condivisione periodici con il R.P.C.T., anche in via informatica, che costituiranno l'occasione per

esaminare eventuali proposte finalizzate a rendere il sito “*Amministrazione Trasparente*” sempre più alla portata di chiunque, in termini di chiarezza e accessibilità.

Il sistema di monitoraggio degli accessi già in essere, potrà essere accompagnato da un sistema di rilevazione del livello di gradimento. Attraverso l’ascolto e le osservazioni degli utenti, la sezione del sito “*Amministrazione Trasparente*” potrà così migliorare.

Misure di monitoraggio e di vigilanza volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi e l’attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell’attività di controllo

Il P.T.P.C. richiede un’attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni all’Azienda sia da parte di soggetti esterni (Organismo Indipendente di Valutazione - OIV).

Una corretta attuazione del P.T.P.C. si raggiunge con il concorso di tutti i dipendenti.

Per quanto concerne il monitoraggio interno, il R.P.C.T. è il soggetto deputato a effettuare il monitoraggio delle attività previste dal Piano in tema di trasparenza.

Il monitoraggio avrà cadenza periodica e riguarderà il processo di attuazione del Piano attraverso l’analisi delle attività e l’indicazione delle deviazioni dallo stesso.

In aggiunta al monitoraggio periodico, la norma prevede la redazione di una Relazione Annuale sullo stato di attuazione del P.T.P.C. che sarà opportunamente inviata all’OIV e pubblicata sul sito istituzionale nella sezione “*Amministrazione Trasparente*”.

Istituto dell’accesso civico

Il D.Lgs. 14/03/2013, n. 33, all’art. 5 comma 1, ha introdotto l’istituto dell’accesso civico “*semplice*”, ovvero il diritto di “*chiunque*” di richiedere i documenti oggetto degli obblighi di pubblicazione. La modifica introdotta dal D.Lgs. n. 97/2016 istituisce una nuova forma di accesso, definito dall’art. 5, comma 2, come accesso “*generalizzato*”, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico. Secondo tale comma, infatti “*chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall’art. 5-bis*”.

Gli indirizzi di posta elettronica cui inoltrare le richieste di accesso civico o di attivazione del potere sostitutivo saranno pubblicati sul sito istituzionale <http://www.aulss7.veneto.it> alla sezione “*Amministrazione trasparente*”, sottosezione “*Altri contenuti*”/“*Accesso civico*”.

Al fine di assicurare l’efficacia dell’istituto dell’accesso civico, le richieste saranno dettagliatamente e criticamente analizzate, si potrà così verificare il grado di interesse e di soddisfacimento in merito alle informazioni fornite agli interessati da parte di questa Azienda.

L’Azienda predispone il registro degli accessi civici per meglio monitorare la tempistica di ciascuna richiesta.

Obblighi di pubblicazione

L’**Allegato 1** al presente Piano elenca gli obblighi di pubblicazione, i riferimenti normativi, i contenuti degli obblighi, la tipologia dell’aggiornamento, i Responsabili del flusso informativo e della pubblicazione. Questa articolazione potrà essere soggetta a modifiche e aggiornamenti, legati all’introduzione del nuovo Atto Aziendale o a diverse attribuzioni delle responsabilità evidenziabili in corso d’opera.

* * * * *