



"AZIENDA OSPEDALIERA  
SPECIALISTICA DEI COLLI"  
Monaldi - Cotugno - C.T.O.

**A.O.R.N.**  
**"AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI"**  
**NAPOLI**

**PIANO TRIENNALE 2013-2016 PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE  
DELL' "AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI" DI NAPOLI AI SENSI DELLA LEGGE  
N. 190 DEL 6 NOVEMBRE 2012**

**Aggiornamento 2015 \***

**-Pianificazione Interventi Organizzativi -**

**\*L'aggiornamento 2015 del PTPC 2013/2016, consistente nella pianificazione di interventi organizzativi e revisioni/integrazioni del piano sono evidenziati in corsivo rosso nell'indice ed in corsivo nella stesura del Piano**

## Indice

### Premessa

|         |                                                                                                                                                           |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Art. 1  | I soggetti attori della prevenzione della corruzione - Il Responsabile della prevenzione della corruzione                                                 |
| Art. 2  | La responsabilità del Responsabile della prevenzione e dei dipendenti                                                                                     |
| Art. 3  | I compiti dei dipendenti, dirigenti e responsabili delle posizioni organizzative                                                                          |
| Art. 4  | <i>Finalità e coordinamento con gli strumenti di programmazione</i>                                                                                       |
| Art. 5  | <i>La rete dei referenti – Il Ruolo dei Dirigenti</i>                                                                                                     |
| Art. 6  | <i>Processo di adozione del PTPC</i>                                                                                                                      |
| Art. 7  | Le aree di rischio – Gestione e Strategie di prevenzione                                                                                                  |
| Art. 8  | <i>La valutazione del rischio ( R)</i>                                                                                                                    |
| Art. 9  | Trattamento del rischio e le misure per neutralizzarlo – <i>Pianificazioni Azioni 2015</i>                                                                |
| Art. 10 | <i>Misure ulteriori funzionali alla gestione del rischio – Azioni 2015/2016-</i>                                                                          |
| Art. 11 | Rotazione del personale addetto alle aree di rischio di corruzione                                                                                        |
| Art. 12 | Attività di Formazione                                                                                                                                    |
| Art. 13 | il Codice di Comportamento                                                                                                                                |
| Art. 14 | Il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità                                                                                                       |
| Art. 15 | <i>Obbligo di astensione in caso di conflitto d'interesse –Azioni 2015-</i>                                                                               |
| Art. 16 | <i>Attività ed incarichi extra istituzionali – Azioni 2015 -</i>                                                                                          |
| Art. 17 | <i>Incompatibilità ed inconferibilità – Azioni 2015-</i>                                                                                                  |
| Art. 18 | Attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage-revolving doors)                                                                  |
| Art. 19 | Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la Pubblica Amministrazione |
| Art. 20 | Patti di integrità                                                                                                                                        |
| Art. 21 | Whistleblower- Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illeciti                                                                                |
| Art. 22 | <i>Obblighi di informazione -. Cronoprogramma Azioni 2015 -</i>                                                                                           |
| Art. 23 | <i>Monitoraggio tempi procedurali</i>                                                                                                                     |

|          |                                                                                                                                 |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Art. 24  | <i>Collegamento con il ciclo della performance</i>                                                                              |
| Art. 25  | Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile                                                                    |
| Art.26   | Trasmissione ed elaborazione dei dati relativi alla pianificazione, all'attuazione e all'impatto delle politiche anticorruzione |
|          | <i>Cronoprogramma azioni/obiettivi – Biennio 2015/2016-</i>                                                                     |
| Allegato | Piano Triennale della Trasparenza e Integrità – <i>Aggiornamento Azioni 2015-</i>                                               |



## **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione Triennio 2013-2016**

*ai sensi dell'art. 1, comma 5 della Legge 6 novembre 2012, n. 190*

### **- Aggiornamento Piano 2015-**

### **Pianificazione Interventi Organizzativi -**

#### **Premessa**

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" prevede, ai sensi dell'art. 1, comma 5, che le pubbliche amministrazioni definiscano un piano di prevenzione della corruzione, nel quale venga fornita una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e si indichino gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio<sup>1</sup>. Il Piano triennale di prevenzione della corruzione (di seguito PTPC), secondo il dettato del comma 8, deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico, su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione.

L'intervento legislativo, di cui alla Legge 190/2012, si muove nella direzione di rafforzare l'efficacia e l'effettività delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo, puntando ad uniformare l'ordinamento giuridico italiano agli strumenti sovranazionali di contrasto alla corruzione. Con delibera n. 72 dell'11 settembre 2013, la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA). Secondo il contenuto di tale Piano, ciascuna amministrazione pubblica deve adottare e comunicare, aggiornandolo entro il 31 gennaio di ogni anno, al Dipartimento della Funzione Pubblica il proprio Piano triennale che potrà includere anche il Programma per la Trasparenza e l'Integrità.

Le pubbliche amministrazioni sono chiamate, infatti, in ossequio a tale legge, a predisporre un Piano di prevenzione che consiste in una valutazione delle possibili esposizioni dei propri uffici a fenomeni corruttivi e nella indicazione delle misure adottate per prevenirli. Il concetto di

---

<sup>1</sup> L. 190/2012, art. 1, comma 5: "Le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al Dipartimento della Funzione Pubblica: a) un piano di prevenzione della corruzione che fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio; b) procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevendendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari."

corruzione è inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni nelle quali, nel corso dell'attività aziendale, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti, nell'ambito dell'azione di prevenzione e contrasto alla corruzione, sono pertanto più ampie della fattispecie penalistica che è disciplinata dagli artt. 318, 319 e 319 ter c.p. e sono tali da comprendere l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione, disciplinati dal Titolo II, Capo I, del codice penale, nonché le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento della gestione a causa dell'uso ai fini privati delle funzioni attribuite. Ecco perchè è necessario che le Pubbliche Amministrazioni informino e procedano alla formazione del personale maggiormente esposto ai rischi in questione.

Le disposizioni hanno come destinatari anche le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, fermo restando quanto previsto dall'intesa raggiunta in sede di Conferenza unificata il 24 luglio 2013 ai sensi dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge n. 190 del 2012.

Il Piano, tenendo conto di quelle già considerate come tali dalla legge 190/12 (art. 1, comma 16), individua e descrive le aree di attività maggiormente esposte al rischio di corruzione, attraverso una mappatura che tenga conto del diverso livello di esposizione degli uffici nonché delle unità operative e dei servizi al rischio di corruzione e di illegalità e deve indicare gli interventi organizzativi volti a prevenirlo. Il P.T.P.C. rappresenta, quindi, un documento fondamentale dell'amministrazione per la definizione della strategia di prevenzione all'interno di ciascuna amministrazione. E' un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure di prevenzione obbligatorie per legge e quelle ulteriori, coordinando gli interventi. Il Piano rappresenta lo strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e descrive un "processo"- articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente - che è finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo. Ciò deve avvenire ricostruendo il sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione. Attraverso la predisposizione del Piano, in sostanza, l'amministrazione è tenuta ad attivare azioni ponderate e coerenti tra loro capaci di ridurre significativamente il rischio di comportamenti corrotti. Ciò implica necessariamente una valutazione probabilistica di tale rischiosità e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo. Gli strumenti già previsti o già in uso presso ciascuna amministrazione per finalità di prevenzione dell'illegalità, come le ispezioni, tutti i controlli di varia natura, l'esercizio della vigilanza, debbono essere valorizzati, coordinati e sistematizzati rispetto alle nuove misure previste dalla legge.

Il **Piano** è quindi **un programma di attività**, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi. Non è un documento di studio o di indagine, ma uno *strumento per l'individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione.*

Il PTPC 2013-2016 dell'Azienda Ospedaliera dei Colli (Monaldi-Cotugno-CTO) è stato approvato dall'organo di indirizzo politico-amministrativo – AORN dei COLLI – in data 14.01.2014 con deliberazione n.21, in coerenza con il P.N.A.. Il P.T.C.P. 2013/2016, su proposta dell'allora Responsabile della Prevenzione della Corruzione , Avv. Vincenzo Paesano , nominato con deliberazione n.1143 del 07.11.2013, ai sensi dell'art. 1, comma 7 della L. 190/2012 , e rimasto in carica fino al 31.07.14. Successivamente con nota prot. 0011957 del 01.08.14 , la Direzione Strategica Aziendale affidava tale funzione, al Dott. Stanislao Apparente, Direttore Responsabile UOC Affari Generali, che, ai sensi del citato art. 43 del d.lgs. 33/2013, assume anche l'incarico di Responsabile per la Trasparenza.

Per quanto concerne le attività di prevenzione della corruzione messe in atto nel corso dell'anno 2014 dal Responsabile, in collaborazione con i Dirigenti e con i Servizi coinvolti, si rimanda alla lettura della Scheda standard e Relazione annuale sulle attività di prevenzione della corruzione, predisposta ai sensi dell'art. 1, comma 14 della L. 190/2012. Come previsto dalla normativa, tale relazione è stata pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda dei Colli nei termini previsti (entro il 15 dicembre 2014), trasmessa al Direttore Generale dell'Azienda e successivamente verrà inviata al Dipartimento della Funzione Pubblica (di seguito DFP) entro il 31 gennaio 2015, quale allegato del presente Piano, come richiesto dal Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito PNA).

Il PTPC 2013-2016 è stato elaborato dall'Azienda AORN dei Colli, tenendo conto dei principi e delle indicazioni previste dalla Legge 190/2012, dalla circolare n.1 del 25.01.2013 del DFP, e sulla base delle linee di indirizzo adottate dal Comitato interministeriale, è stato approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (di seguito Anac) con la delibera n. 72/2013, solo in data 11 settembre 2013.

*Al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione - in applicazione delle previsioni contenute nel PNA- l'Azienda Ospedaliera, nella fase di elaborazione dell'aggiornamento del Piano anticorruzione 2013-2016 ha realizzato una forma di consultazione, coinvolgendo i cittadini e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi.*

*I predetti soggetti sono stati invero invitati, a mezzo di avviso pubblicato il 9 gennaio 2015 sul sito istituzionale a presentare entro i termini di legge e comunque non oltre i 15 gg. dalla pubblicazione all'indirizzo di posta elettronica anticorruzione@ospedalideicolli.it eventuali proposte e/o osservazioni sull'aggiornamento 2015 del Piano di Prevenzione della Corruzione 2013-2016. A conclusione dei termini previsti, non sono pervenuti contributi per l'elaborazione del nuovo documento, a dimostrazione della complessità e difficoltà della materia.*

## ***Normative e disposizioni di riferimento***

- *Delibera n. 72 dell'11 settembre 2013 della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche con la quale è stato approvato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA);*
- *Intesa Conferenza Unificata 24 luglio 2013, ai sensi dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge n. 190 del 2012;*
- *Circolare n. 1 del 25.1.2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e delle Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, dal Piano Nazionale Anticorruzione;*
- *Legge 190\2012 entrata in vigore il 28\11\2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";*
- *D.L. n.39 del 08\04\2013 recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1, commi 49 e 50 L. 190";*
- *D.L. n. 33 del 14\03\2013 sul "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni".*
- *Decreto del Presidente della Repubblica 16\04\2013 n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del Dls 30\03\2001, n.165";*
- *D.P.C.M. del 16\01\2013 "Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";*
- *Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";*
- *Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano;*
- *Legge n. 116 del 3 agosto 2009 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58\4, firmata dallo Stato Italiano il dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale ed al codice di procedura penale";*
- *Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 "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";*
- *Decreto Legislativo denominato "Testo unico sulla privacy" n. 196 del 30 giugno 2003.*

## **1. Art. - I soggetti attori della prevenzione della corruzione - Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza**

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda Ospedaliera dei Colli sono:

### **A. Il Direttore Generale:**

- ☐ designa il responsabile (art. 1, comma 7, della l. n. 190);
- ☐ adotta il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) e i relativi aggiornamenti e li comunica al Dipartimento della funzione pubblica e alla Regione Campania (art. 1, commi 8 e 60, della l. n. 190);
- ☐ adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

### **B. Il Responsabile della Prevenzione:**

- ☐ svolge i compiti indicati, previsti nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità (art. 1 l. n. 190 del 2013; art. 15 d.lgs. n. 39 del 2013); elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (art. 1, comma 14, del 2012);
- ☐ coincide, presso l'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli, con il responsabile della trasparenza e ne svolge conseguentemente le funzioni (art. 43 d.lgs. n. 33 del 2013).

### **C. I Referenti per la prevenzione per l'area di rispettiva competenza:**

In considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali, si ritiene di assicurare a tale funzione l'apporto di un gruppo di Referenti i quali operano in stretto collegamento con il Responsabile per l'applicazione dei principi del Piano e della norma, sollecitando anche specifiche, eventuali determinazioni inerenti il proprio settore. I **referenti** sono individuati nei Dirigenti Responsabili delle Strutture Complesse per le seguenti **aree di attività**:

- Area Acquisizione e progressione del personale;
- Area Acquisizione beni, servizi e forniture; Ingegneria Clinica;
- Area Economico /Finanziaria e Contabilità;
- Area Libera professione, convenzioni attive e passive;
- Area Attività Tecniche /Lavori e Patrimoniale; Ingegneria Clinica;



- Area Information Technology;
- Area Sanitaria, delle Sperimentazioni Cliniche, Gestione Progetti di ricerca, Gestione delle liste di attesa.

**D. Tutti i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza:**

- ☐ svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- ☐ partecipano al processo di gestione del rischio;
- ☐ propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);
- ☐ assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- ☐ adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 *bis* d.lgs. n. 165 del 2001);
- ☐ osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012).

**E. L' O.I.V. e gli altri organismi di controllo interno:**

- ☐ partecipano al processo di gestione del rischio;
- ☐ considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- ☐ svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- ☐ esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001).

**F. L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.):**

- ☐ svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 *bis* d.lgs. n. 165 del 2001);
- ☐ provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- ☐ propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.

**G. Tutti i dipendenti dell'amministrazione:**

- ☐ partecipano al processo di gestione del rischio;
- ☐ osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);

☐ segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. (art. 54 *bis* del d.lgs. n. 165 del 2001); segnalano casi di personale conflitto di interessi (art. 6 *bis* l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento).

#### **H. I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:**

- ☐ osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- ☐ segnalano le situazioni di illecito (art. 8 Codice di comportamento).

E' onere e cura del Responsabile della prevenzione definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito del P.T.P.C..

Ai sensi dell'art. 1, comma 7, della legge n. 190 del 2012, con nota prot. 0011957 dello 01/08/2014 , è stato individuato e nominato, nelle more della formalizzazione degli incarichi in applicazione del nuovo Atto Aziendale, il nuovo Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza per l'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli . Il Responsabile della prevenzione della corruzione:

**A)**propone alla Direzione Strategica il Piano triennale della prevenzione in tempo utile per l'adozione entro il 31 gennaio di ogni anno;

**B)**predispone in tempo utile per la pubblicazione, che deve avvenire entro il 15 dicembre sul sito web dell'Azienda, la Relazione/rendiconto sull'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione per l'anno di riferimento. La Relazione viene redatta sulla base delle relazioni dettagliate che devono essere inviate dai Dirigenti dei settori più esposti al rischio di corruzione;

**C)** presenta alla Direzione Strategica, entro il 15 dicembre, la Relazione di cui al comma 2) e riferisce sull'attività svolta nei casi in cui la stessa Direzione lo richieda o il Responsabile lo ritenga opportuno. Nello stesso termine il Direttore Generale esamina ed approva le azioni di correzione del Piano proposte dal Responsabile a seguito delle criticità eventualmente emerse;

**D)** quando ciò sia possibile e nel rispetto delle indicazioni enunciate, verifica, d'intesa con i dirigenti competenti, la rotazione degli incarichi dei soggetti operanti nelle aree a rischio;

**E)** individua, previa proposta dei Dirigenti competenti, il personale da inserire nei programmi di formazione ed, entro il 31 gennaio, definisce ed aggiorna procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione;

**F)**verifica l'efficace attuazione del piano e propone modifiche allo stesso in caso di ridefinizione dell'assetto organizzativo.

Il d.lgs. n. 39 del 2013 ha attribuito nuovi compiti al Responsabile della prevenzione relativi alla vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità; pertanto, le indicazioni fornite circa i compiti del Responsabile sono integrate con i compiti

in materia di vigilanza sull'applicazione delle relative prescrizioni (art. 15). Secondo quanto previsto dall'art. 15 del D.P.R. n. 62 del 2013, recante il Codice di comportamento dei pubblici dipendenti, *“Il responsabile cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 7, del decreto legislativo n. 165 del 2001, la pubblicazione sul sito istituzionale e della comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione, di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 6 novembre 2012, n. 190, dei risultati del monitoraggio.”*.

I compiti attribuiti al responsabile non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo *in vigilando* ma anche *in eligendo*.

Nonostante la previsione normativa concentri la responsabilità per il verificarsi di fenomeni corruttivi (art. 1, comma 12, l. n. 190) in capo al Responsabile per la prevenzione, tutti i dipendenti delle strutture coinvolte nell'attività amministrativa mantengono, ciascuno, il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti. Inoltre, al fine di realizzare la prevenzione, l'attività del responsabile viene strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione dell'amministrazione.

## **Art. 2 - La responsabilità del Responsabile della prevenzione e dei dipendenti.**

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile, sono previsti dalla legge consistenti responsabilità in caso di inadempimento. La responsabilità è esclusa se il responsabile della prevenzione prova entrambe le circostanze di cui alle lett. a) e b). La disposizione in particolare stabilisce che: *“In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, 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 sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:*

*a) di avere 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;*

*b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano”*.

È esclusa la responsabilità del Responsabile della prevenzione ove l'inadempimento degli obblighi previsti sia *“dipeso da causa a lui non imputabile”*.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate nelle singole amministrazioni e trasfuse nel P.T.P.C. devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale che dalla dirigenza (art. 8 Codice di comportamento); *“la violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare”* (art. 1, comma 14, l. n. 190).

L'art. 1, comma 33, l. n. 190 stabilisce che la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31 costituisce violazione degli *standard* qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs. n. 198 del 2009, e va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001. Eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

### **Art. 3 I compiti dei dipendenti, dirigenti e responsabili delle posizioni organizzative**

Tutti i dipendenti ed in particolare coloro che sono destinati a operare in settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione, i Dirigenti incaricati dei compiti e delle funzioni aziendali nonché i Responsabili delle posizioni organizzative, con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge e dai regolamenti vigenti, sono tenuti a prendere visione del presente Piano, che verrà pubblicato sul sito web dell'Azienda, ed a provvedere alla sua esecuzione. E' fatto obbligo ai medesimi soggetti di segnalare con tempestività ogni situazione di conflitto di interessi, quand'anche potenziale, e conseguentemente di astenersi dal porre in essere qualsivoglia comportamento lesivo degli interessi e dei diritti dell'Azienda Ospedaliera; il mancato rispetto di tale obbligo costituisce elemento di valutazione della responsabilità disciplinare quale violazione delle norme in tema di trasparenza. I dirigenti sono invitati a collaborare con il Responsabile della prevenzione della corruzione nell'adozione delle attività necessarie all'aggiornamento del Piano Triennale con proposte specifiche nei settori di competenza. Forniscono, a richiesta, al Responsabile, tutti i dati e le notizie utili a valutare fatti e circostanze. I dipendenti che svolgono attività a rischio corruzione comunicano tempestivamente al proprio Dirigente qualsiasi anomalia riscontrata nell'ambito dei procedimenti ed anche nell'abituale attività proponendo le azioni correttive.

### **Art. 4 - Finalità e coordinamento con gli strumenti di programmazione**

*La funzione principale del PNA è assicurare l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione della corruzione a livello nazionale e internazionale, garantendo che le strategie nazionali si sviluppino e modifichino a seconda delle esigenze rilevate dalle amministrazioni, le quali, a propria volta, agendo a livello decentrato, effettuano l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione prevedendo gli interventi organizzativi finalizzati a prevenirli. Il PNA ed il PTCP si muovono quindi su piani interrelati, nel comune obiettivo di costituire strumenti di prevenzione della corruzione tra loro armonici e finalizzati a favorire l'adempimento delle previsioni normative.*

*Gli obiettivi strategici principali, evidenziati dal PNA, che devono essere perseguiti nella definizione delle azioni programmate sono:*

- ✓ ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione
- ✓ aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione
- ✓ creare un contesto sfavorevole alla corruzione

Gli obiettivi strategici e le relative principali misure da programmare sono riassunte nella tabella

**Tabella. Obiettivi strategici di prevenzione e repressione della corruzione e relative misure.**

| <b>Obiettivi strategici</b> | <b>Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione</b> | <b>Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione</b> | <b>Creare un contesto sfavorevole alla corruzione</b> |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <i>Misure dirette</i>       | <i>Adozione PTPC</i>                                                | <i>Monitoraggio/ audit</i>                                  | <i>Codici comportamento</i>                           |
|                             | <i>Risk management: misure obbligatorie</i>                         | <i>Tutela del whistleblower</i>                             | <i>Formazione</i>                                     |
|                             | <i>Risk management: misure ulteriori</i>                            | <i>Miglioramento della percezione del whistleblower</i>     | <i>Rotazione del personale</i>                        |
|                             | <i>Revisione o adozione regolamenti</i>                             | <i>Formazione</i>                                           | <i>Revisione o adozione regolamenti</i>               |
|                             | <i>Revisione o adozione procedure</i>                               |                                                             | <i>Revisione o adozione procedure</i>                 |
| <i>Misure trasversali</i>   | <i>Comunicazione</i>                                                |                                                             |                                                       |
|                             | <i>Trasparenza</i>                                                  |                                                             |                                                       |
|                             | <i>Informatizzazione dei processi</i>                               |                                                             |                                                       |
|                             | <i>Monitoraggio rispetto termini procedurali</i>                    |                                                             |                                                       |

Il PNA ed i PTPC delle singole amministrazioni devono essere intesi come documenti dinamici, che vengono aggiornati annualmente in base sia alle modifiche normative eventualmente intervenute, sia al feedback raccolto sulle attività svolte durante l'anno. A livello decentrato, la già citata Relazione annuale 2014 sulle attività di prevenzione della corruzione ha assunto in quest'ottica un'importanza determinante, costituendo un'occasione di riflessione con valenza programmatica rispetto all'aggiornamento del PTPC triennio 2013/2016. A livello nazionale, l'ANAC ha previsto di emanare, nella primavera del prossimo anno 2015, un aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione con il quale dare ulteriori e più utili indicazioni per rendere i piani più efficaci, a seguito della lettura dei PTPC già approvati nelle pubbliche amministrazioni.

L'aggiornamento 2015 del PTPC triennale 2013-2016 si configura quindi sia come il necessario allineamento del Piano alle disposizioni emanate successivamente alla sua approvazione e a quanto previsto dal PNA, sia come strumento di programmazione e pianificazione degli interventi organizzativi e delle iniziative più urgenti da adottare, incluse quelle azioni che non è stato possibile attuare durante il 2014 a causa delle criticità interpretative e applicative rilevate in fase di prima applicazione della L. 190/2012 e dei decreti posteriori, in particolare in materia di trasparenza.

Inoltre, l'aggiornamento prevederà una stretta connessione con tutti gli strumenti di programmazione strategica e operativa dell'amministrazione:

- a) programmazione triennale e annuale degli obiettivi della Direzione Generale e dei Dirigenti;
- b) Piano delle Performance 2015 (di seguito PP);
- c) Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (di seguito PTI);

d) Piano formativo (di seguito PF).

a) La definizione degli obiettivi di prevenzione della corruzione muove, oltre che dalle disposizioni normative, dall'analisi delle attività maggiormente esposte ai rischi corruttivi e dalle relative proposte di intervento formulate dai Dirigenti, in accordo con il Responsabile e in linea con gli obiettivi strategici della Direzione Generale.

b) Come indicato dal PNA, "al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, i PTPC debbono essere coordinati rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione e innanzi tutto, con il Piano della performance, e debbono essere strutturati come documenti di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse."

c) Come previsto dal D.Lgs 33/2013, art. 10, comma 2, l'aggiornamento 2015 del PTI 2013/2016 costituisce una sezione del presente Piano 2013/2016. Inoltre, gli obiettivi indicati nel Programma triennale sono formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell'amministrazione, definita in via generale nel Piano della Performance 2015. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituirà un'area strategica dell'Azienda AORN dei Colli che si tradurrà nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali, ai sensi del D.Lgs 33/2013, art. 10, comma 3.

d) La L. 190/2012, art. 1, ai commi 9 e 10, prevede per le attività a elevato rischio corruzione, meccanismi di formazione del personale idonei a prevenire il rischio di corruzione e indica, tra le attività del Responsabile, l'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione di cui al comma 11. Ne consegue che il Piano Formativo 2015 dovrà essere coordinato alle esigenze formative segnalate dal Responsabile.

Qualora non sia possibile reperire il personale docente all'interno dell'Azienda Ospedaliera, quest'ultima si rivolgerà prioritariamente alla Scuola Nazionale di Pubblica Amministrazione e, solo in ultima istanza al mercato con procedura ad evidenza pubblica.

## **Art. 5 La rete dei referenti – Il Ruolo dei Dirigenti -**

Nella propria attività, il RPC è coadiuvato da tutto il personale aziendale e, in particolare, dai referenti per la corruzione individuati nei Dirigenti/responsabili di unità organizzativa delle aree maggiormente a rischio di corruzione. A questi ultimi sono affidati poteri di controllo e monitoraggio sulle attività connesse alla fattiva applicazione del piano nel settore di rispettiva competenza, oltre che di vigilanza sui comportamenti dei propri collaboratori. In particolare:

- curano l'applicazione di circolari, indirizzi, protocolli condivisi e ne monitorano il rispetto,
- segnalando eventuali criticità ed anomalie;
- provvedono ad evidenziare i processi amministrativi a maggior rischio di corruzione;
- attivano segnalazioni e misure disciplinari idonee a stigmatizzare comportamenti dei propri collaboratori non in linea con la correttezza amministrativa e/o in violazione del Codice di Comportamento;

- sono parte attiva nel processo di miglioramento da intraprendere, formulando proposte e integrazioni al piano annuale;
- organizzano periodicamente con i propri collaboratori riunioni di condivisione sui principi sottesi all'anticorruzione;
- propongono al Responsabile della Corruzione il fabbisogno formativo per i propri collaboratori, in tema di etica e prevenzione della corruzione;
- propongono il programma di rotazione del personale assegnato, con riferimento ai settori maggiormente a rischio.

*Il rifiuto da parte del Dirigente/ responsabile di unità organizzativa di fornire collaborazione al RPC*

*potrà essere valutato ai fini disciplinari.*

## **Art. 6 Processo di adozione del PTPC**

### **a) Azioni 2015 - il Ruolo dei Dirigenti -**

*L'aggiornamento 2015 del PTPC 2013/2016, in considerazione del ruolo più volte citata dalla circolare n.1/2013 DFP , coinvolgerà in maniera ancora più responsabile i Dirigenti dei Servizi afferenti alle rispettive Aree Amministrativa, Professionale, Tecnica e Sanitaria e tutto il personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione. Lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione saranno quindi il risultato di un'azione sinergica e combinata dei Dirigenti e del Responsabile, secondo un processo bottom-up in sede di formulazione delle proposte. In base all'art. 16, lettera l-bis del D.Lgs 165/2001 e s.m.i., infatti, i Dirigenti concorrono “alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti”.*

*Un elemento di criticità emerso, sulla efficacia del piano 2013/2016, derivante dal non compiuto meccanismo di attivazione delle responsabilità previsto dalla legge n.190 del 2012, si è riscontrato nella insufficiente collaborazione tra Responsabile e Dirigenti, che ha impedito la fase di verifica delle attività svolte nel corso del 2014, considerato che i gli stessi dirigenti avrebbero dovuto “fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo” (D.Lgs 165/2001, art. 16, lettera l-ter) ed inoltre “provvedere al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti”. Pertanto una delle azioni previste dell'aggiornamento 2015 dal piano triennale 2013/2016 sarà quello di responsabilizzare e coinvolgere i Dirigenti delle strutture operative più a rischio corruzione.*

### **b) Azioni 2015 - Coinvolgimento soggetti esterni**

*Per la predisposizione dell'aggiornamento 2015 del PTPC 2013/2016, è stato pubblicato un avviso, sul sito web aziendale, rivolto a favorire la partecipazione dei cittadini e dei portatori di interesse (**Stakeholders**) alle attività che questa Amministrazione ha posto a tutela dei principi di legalità, integrità e trasparenza, invitando tutti gli interessati a far pervenire eventuali osservazioni e/o suggerimenti che possano promuovere e migliorare ogni iniziativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza ai seguenti indirizzi e-mail:*

***anticorruzione@ospedalideicolli.it ; trasparenza@ospedalideicolli.***

### **c) Azioni 2015 - Iniziative di comunicazione aggiornamento 2015 del PTPC**

*Al presente documento sarà data opportuna visibilità e diffusione attraverso diversi canali:*

- ✓ *pubblicazione sul sito internet istituzionale nella sezione “Amministrazione trasparente”;*
- ✓ *diffusione a tutti i soggetti interni (dipendenti, collaboratori) ed esterni tramite newsletter o analoghi strumenti di comunicazione;*
- ✓ *presentazione dei contenuti durante gli incontri di formazione in programmazione per il personale addetto allo svolgimento di attività particolarmente esposte al rischio corruzione, selezionato dal Responsabile per formazione specifica;*
- ✓ *presentazione dei contenuti durante iniziative di sensibilizzazione sulle tematiche etiche e di prevenzione della corruzione e destinate ai dipendenti.*

## **Art. 7 Le Aree di rischio – Gestione e strategie di prevenzione**

La gestione del rischio qui rappresentata costituisce uno strumento di prima applicazione della legge n. 190/2012, intendendosi che - in forza di mutamenti organizzativi/funzionali dell'azienda, di novità normative e di esiti dei monitoraggi aziendali – si potrà e dovrà necessariamente dar corso a integrazioni implementative ed adeguamenti.

La presente sezione ha tenuto conto, in analogia a quanto previsto dall'art. 1, comma 9 della L. n. 190/2012 e dei principi previsti del PNA, delle sotto specificate aree di rischio:

### **A) Area acquisizione e progressione del personale**

- a1) Reclutamento
- a2) Progressioni di carriera
- a3) Conferimento di incarichi di collaborazione



## **B) Area affidamento lavori, servizi e forniture**

- b1) Definizione dell'oggetto dell'affidamento
- b2) Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento
- b3) Requisiti di qualificazione (requisiti tecnico economici previsti dai bandi)
- b4) Requisiti di aggiudicazione
- b5) Valutazione delle offerte (criterio offerta economicamente più vantaggiosa)
- b6) Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
- b7) Procedure negoziate
- b8) Affidamenti diretti
- b9) Revoca del bando
- b10) Redazione del cronoprogramma
- b11) Varianti in corso di esecuzione del contratto
- b12) Subappalto
- b13) Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli Giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto.

### ***Art. 8 Valutazione del rischio (R)***

*La valutazione è svolta considerando 2 fattori:*

- probabilità (P) che l'evento illecito si possa verificare,*
- importanza dell'impatto (I) che può derivare dal verificarsi dell'evento delittuoso.*

*Sulla base della "Tabella valutazione del rischio" di cui allegato 5 del PNA, il rischio è calcolato moltiplicando le medie dei 2 fattori sopradescritti e rispettivamente ottenute*

$$R = P \times I$$

*Gli indici di probabilità sono così classificati:*

|     |                                               |
|-----|-----------------------------------------------|
| P=0 | Nessuna probabilità che l'evento si verifichi |
| P=1 | Improbabilità che l'evento si verifichi       |
| P=2 | Poco probabile che l'evento si verifichi      |
| P=3 | Probabile che l'evento si verifichi           |
| P=4 | Molto probabile che l'evento si verifichi     |
| P=5 | Altamente probabile che l'evento si verifichi |

La valutazione dell'impatto è così classificata:

|     |                   |
|-----|-------------------|
| I=0 | Nessun impatto    |
| I=1 | Impatto marginale |
| I=2 | Impatto minore    |
| I=3 | Impatto soglia    |
| I=4 | Impatto serio     |
| I=5 | Impatto superiore |

La valutazione del rischio (R) come sopra esplicitata può quindi assumere graduazioni diversificate, che vanno da un minimo di 0 ad un massimo di 25:

| <b>Livello di rischio</b> | <b>Classificazione e identificazione azioni correlate</b>                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| R=0                       | Rischio assente                                                                                                                                                                                                                              |
| R da 1 a 9                | Rischio ACCETTABILE.<br>Il rischio è sostanzialmente controllato; le procedure organizzative e l'applicazione delle norme tendono a garantire sostanzialmente la prevenzione e la commissione di potenziali reati.                           |
| <b>Azioni</b>             | L'azienda deve garantire periodici monitoraggi per verificare la loro adeguatezza nel tempo                                                                                                                                                  |
| R da 10 a 18              | Rischio INTERMEDIO.<br>Il rischio è parzialmente non controllato;<br>Il sistema preventivo deve essere implementato, agendo secondo ordini di priorità rispetto ai punteggi più alti ottenuti o rispetto alla gravità dell'impatto rilevato. |
| <b>Azioni</b>             | Monitoraggio e controllo nel tempo dell'effettività della prevenzione.                                                                                                                                                                       |
| R da 19 a 25              | Rischio ELEVATO<br>Il rischio è sostanzialmente non controllato;<br>L'azienda deve adottare nel più breve tempo possibile misure preventive idonee, valutando la possibilità di intervenire anche sull'organizzazione aziendale.             |
| <b>Azioni</b>             | Il monitoraggio deve essere costante.                                                                                                                                                                                                        |

L'esito delle analisi sopra descritte è così rappresentabile:

| <b>AREA Acquisizione e gestione delle Risorse Umane</b> |                                          |                                   |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Processi mappati</b>                                 |                                          | <b>Indice di rischio rilevato</b> |
| a1)                                                     | Reclutamento personale esterno           | R = 7                             |
| a2)                                                     | Progressioni di carriera                 | R = 3                             |
| a3)                                                     | Conferimento incarichi di collaborazione | R = 6                             |

| <b>AREA Affidamento lavori, servizi, forniture</b> |                                                                                                                                       |                                   |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Processi mappati</b>                            |                                                                                                                                       | <b>Indice di rischio rilevato</b> |
| <b>b1)</b>                                         | Definizione oggetto affidamento                                                                                                       | <b>R = 4</b>                      |
| <b>b2)</b>                                         | Individuazione strumento/istituto per l'affidamento                                                                                   | <b>R = 4</b>                      |
| <b>b3)</b>                                         | Requisiti di qualificazione                                                                                                           | <b>R = 4</b>                      |
| <b>b4)</b>                                         | Requisiti di aggiudicazione                                                                                                           | <b>R = 4</b>                      |
| <b>b5)</b>                                         | Valutazione delle offerte                                                                                                             | <b>R = 5</b>                      |
| <b>b6)</b>                                         | Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte                                                                                        | <b>R = 5</b>                      |
| <b>b7)</b>                                         | Procedure negoziate                                                                                                                   | <b>R = 6</b>                      |
| <b>b8)</b>                                         | Affidamenti diretti                                                                                                                   | <b>R = 6</b>                      |
| <b>b9)</b>                                         | Revoca del bando                                                                                                                      | <b>R = 5</b>                      |
| <b>b10)</b>                                        | Redazione del cronoprogramma                                                                                                          | <b>R = 4</b>                      |
| <b>b11)</b>                                        | Varianti in corso di esecuzione del contratto                                                                                         | <b>R = 8</b>                      |
| <b>b12)</b>                                        | Subappalto                                                                                                                            | <b>R = 8</b>                      |
| <b>b13)</b>                                        | Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto | <b>R = 6</b>                      |

#### **Art. 9 Trattamento del Rischio e le misure per neutralizzarlo - Pianificazioni Azioni 2015 -**

*Tutti i processi mappati rientrano in una classe di rischio 'accettabile'.*

*Nel corso del **primo semestre 2015**, a cura della rete dei referenti, sotto la supervisione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, saranno definite specifiche azioni e misure da intraprendere atte a ridurre ove possibile il rischio o a mantenerlo entro limiti accettabili.*

*Tra queste possono citarsi:*

- *Creazione di check-list di controllo delle attività;*
- *Stesura, ove carenti, di atti regolamentari di definizione delle attività e processi ad indice di impatto più elevato;*
- *Intensificazione controlli a campione su dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti;*
- *Previsione della presenza di più funzionari in occasione dello svolgimento di procedure o procedimenti "sensibili", anche se la responsabilità del procedimento o del processo è affidata ad unico funzionario;*
- *In caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione dei controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega;*
- *Regolazione dell'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, mediante circolari direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali debba essere motivato;*
- *Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'amministrazione, circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali;*

- *Informatizzazione dei processi che garantiscono la tracciabilità di tutti i processi, anche attraverso l'implementazione dell'utilizzo della posta elettronica certificata.*

*Le azioni e misure individuate nel corso del primo quadrimestre devono essere oggetto di specifica attuazione del corso del secondo quadrimestre. Sul relativo stato di attuazione, i dirigenti/ responsabili di unità operativa faranno pervenire relazione al RPC, entro la fine del secondo quadrimestre.*

*Nel secondo e terzo quadrimestre il RPC potrà effettuare verifiche/ audit/ monitoraggi , per valutare l'applicazione e appropriatezza delle misure adottate.*

*Altre aree di rischio da considerare e azionare il monitoraggio ed il controllo per gli anni successivi*

### **Area Economico – Finanziaria e Area Controllo di Gestione**

1. *Ciclo attivo e passivo;*
2. *Attività e controllo di gestione e risultanze schede di budget per la valutazione del personale;*
3. *Gestione dei flussi informativi sanitari e amministrativi;*
4. *Controllo sulla eventuale riduzione della spesa;*

### **Area Direzione Generale / Aree Affari Generali e Legali**

1. *Convenzioni passive/ Convenzioni attive*
2. *Consulenze e incarichi libero-professionali*
3. *Transazioni, mediazioni ed arbitrati*

### **Area Sanitaria**

1. *Richieste prestazioni all'esterno presso struttura sanitaria non convenzionata;*
2. *Gestione dei rapporti con le ditte farmaceutiche/ dispositivi medici;*
3. *Gestione farmaci oncologici e stupefacenti;*
4. *Gestione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie;*
5. *Esercizio della libera professione intramoenia;*
6. *Gestione delle sperimentazioni cliniche;*
7. *Attività di espianto;*
8. *Attività servizio trasfusionale;*

### **- Azioni 2015 ulteriori - controllo di regolarità amministrativa L.213/2012**

- ✓ *Monitoraggio a mezzo campionamento sul rispetto della separazione tra responsabile procedimento e responsabile atto [06/2015 ; 11/2015;*
- ✓ *Monitoraggio a mezzo di sorteggio a campione sul dovere di astensione in caso di conflitto d'interessi[06/2015 ; 11/2015;*
- ✓ *Relazione periodica/ semestrale del dirigente servizio rispetto all'attuazione del Piano Controllo , attraverso il vigente sistema di controlli interni in attuazione della L. 213/2012 [06/2015 ; 11/2015]*

## **Art. 10 - Misure ulteriori funzionali alla gestione del rischio – AZIONI 2015/2016 -**

*Come anticipato nel precedente paragrafo, alla luce delle indicazioni fornite dal PNA, si ritiene necessario un approfondimento dell'analisi sottesa alla gestione del rischio: nella sua individuazione, analisi e in particolare, nella ponderazione. Questa e ulteriori azioni trasversali di intervento sono sintetizzate nella tabella e illustrate nei paragrafi seguenti.*

**Tabella . Obiettivi ulteriori funzionali alla gestione del rischio**

| <b>Obiettivi</b>                                                     | <b>Misure</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Competenza</b>                                                       | <b>Periodo</b>                           |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <i>Perfezionamento risk management</i>                               | <i>Attività di ponderazione del rischio secondo le indicazioni del PNA – norme ISO 31000/2010</i>                                                                                                                                                                      | <i>Tutte le Aree dirigenziali in collaborazione con il Responsabile</i> | <i>1/2-30/11/2015</i>                    |
| <i>Feedback</i>                                                      | <i>Incontri periodici finalizzati alla segnalazione e condivisione di osservazioni sull'andamento dello stato di attuazione del PTPC</i>                                                                                                                               | <i>Responsabile, Dirigenti, Responsabili di Servizio</i>                | <i>1/2-30/11/2015</i>                    |
| <i>Monitoraggio/audit</i>                                            | <i>monitoraggio dello stato di attuazione del PTPC</i>                                                                                                                                                                                                                 | <i>Responsabile, Dirigenti, Responsabili di Servizio, OIV</i>           | <i>1/2-30/3/2015</i>                     |
|                                                                      | <i>Attuazione monitoraggio 2015/2016</i>                                                                                                                                                                                                                               | <i>Tutti i Direttori Aree di Rischio</i>                                | <i>1/2 -30/6/2015<br/>30/11/2016</i>     |
| <i>Conflitto di interessi</i>                                        | <i>Adozione di forme di sensibilizzazione del personale responsabile Tecnico Amministrativo di procedimenti</i>                                                                                                                                                        | <i>Responsabile, Dirigenti</i>                                          | <i>1/2-31/12/2015</i>                    |
| <i>Monitoraggio di cui all'art. 1 comma 9 lettera d) L. 190/2012</i> | <i>Approfondimento delle metodologie di monitoraggio dei rapporti tra amministrazione e soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere</i> | <i>Responsabile, Dirigenti, Responsabili dei Servizi competenti</i>     | <i>1/2-31/12/2015<br/>1/2-31/12/2016</i> |

*I suddetti obiettivi rivestono particolare importanza rispetto al ciclo virtuoso che le informazioni devono seguire al fine di evidenziare qualunque possibile area di rischio, aumentandone il grado di consapevolezza da parte dei diversi attori.*

*Si provvederà a pubblicare sul sito web aziendale le relazioni dei dirigenti che consentirà di condividere gli esiti del processo di monitoraggio, nonché i risultati ottenuti e i documenti rilevanti, con i diversi attori istituzionali (organi amministrativi di vertice, responsabile, dirigenti, OIV, personale dipendente).*

*L'attuazione delle misure relative alla gestione del rischio richiede uno sforzo condiviso e coordinato di gestione dei flussi informativi. Allo scopo, oltre al suddetto sistema finalizzato alla condivisione dell'audit, sarà necessario provvedere allo studio di meccanismi che permettano al Responsabile di conoscere tempestivamente fatti corruttivi tentati o realizzati ed eventuali contestazioni ricevute per mancato adempimento degli obblighi di trasparenza. Gli strumenti di raccordo dovranno utilizzare tecnologie informatizzate che consentano la tracciabilità del processo e dei risultati, in considerazione*

*anche di una corretta gestione degli aspetti connessi alle responsabilità previste in caso di mancato adempimento dei dettati normativi e dei contenuti de PTPC. In particolare, dovranno essere prese in considerazione le comunicazioni che intercorrono tra il Responsabile e gli organi con i quali questi si relaziona, in materia di anticorruzione e trasparenza, con maggiore assiduità: Dirigenti, OIV, Responsabili di Servizio, Referenti, Ufficio Procedimenti Disciplinari.*

*Per il perfezionamento dell'attività di risk management nel corso del 2015, il Responsabile opererà con i Dirigenti e i Responsabili di servizio coinvolti, in modo da provvedere alla fase di ponderazione del rischio delle attività già individuate, secondo le indicazioni fornite dal PNA. Ciò permetterà di definire le priorità di intervento e procedere nei settori in cui si evidenzierà particolare urgenza.*

*Inoltre, al fine di provvedere a un ulteriore miglioramento dei sistemi di gestione del rischio, il Responsabile potrà costituire una task force multidisciplinare che provvederà, nel corso del triennio, a una mappatura dei processi delle attività, anche avvalendosi del supporto dell'OIV. La mappatura sarà finalizzata all'individuazione di aree di rischio ulteriori rispetto a quelle previste dalla L. 190/2012 (ex comma 16) e alla messa in luce di fasi di processi che, sebbene non appaiano a rischio, possono evidenziare, nel dettaglio delle attività, zone grigie e aspetti nei quali si può annidare la possibilità di fenomeni corruttivi. La corruzione, infatti, nell'accezione più ampia di abuso di potere, nell'espletazione dell'attività amministrativa, al fine di ottenere vantaggi privati, può assumere sembianze e manifestazioni molto diversificate, in relazione al particolare settore di attività in cui l'ente opera. La complessità di questo obiettivo, rende necessario estenderne l'attuazione su piano triennale.*

*E' prevista per il 2015/2016 una ulteriore rafforzamento ed implementazione delle misure di carattere trasversale.*

Tra le misure di carattere trasversale si segnalano in particolare :

- ☐ **la trasparenza:** gli adempimenti di trasparenza possono essere misure obbligatorie o ulteriori; le misure ulteriori di trasparenza sono indicate nel P.T.T.I., come definito dalla delibera C.I.V.I.T. n. 50 del 2013;
- ☐ **P'informatizzazione dei processi:** questa consente per tutte le attività dell'amministrazione la tracciabilità dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di "blocchi" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase;
- ☐ **l'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti e il riutilizzo dei dati, documenti e procedimenti** (d.lgs. n. 82 del 2005): questi consentono l'apertura dell'amministrazione verso l'esterno e, quindi, la diffusione del patrimonio pubblico e il controllo sull'attività da parte dell'utenza;
- ☐ **il monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali:** attraverso il monitoraggio emergono eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi.

Per ognuno di tali misure sarà individuato il Dirigente della Struttura, quale responsabile-referente, e il relativo compito sarà direttamente collegato al ciclo delle *performance*.

È dunque necessario un coordinamento tra il P.T.P.C. e gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché di quelli individuati dal d.lgs. n. 150 del 2009, ossia:

- ☐ il Piano e la Relazione sulla *performance*;
- ☐ il Sistema di misurazione e valutazione della *performance*;
- ☐ il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

## **Art. 11 Rotazione del personale alle aree di rischio di corruzione**

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una delle misure di prevenzione della corruzione. L'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

La rotazione del personale è prevista nell'ambito delle misure gestionali proprie del dirigente. Infatti, l'art. 16, comma 1, lett. l *quater*, del d.lgs. n. 165 del 2001 prevede che i dirigenti dispongono con provvedimento motivato la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

L'attuazione della misura richiede:

- ☐ la preventiva identificazione degli uffici e servizi che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- ☐ l'individuazione, nel rispetto della partecipazione sindacale, delle modalità di attuazione della rotazione in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione, mediante adozione di criteri generali;
- ☐ la definizione dei tempi di rotazione;
- ☐ per quanto riguarda il conferimento degli incarichi dirigenziali, il criterio di rotazione deve essere previsto nell'ambito dell'atto generale contenente i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali approvato dall'autorità di indirizzo politico;
- ☐ l'identificazione di un nocciolo duro di professionalità per lo svolgimento delle attività proprie di ciascun ufficio o servizio a rischio di corruzione; il livello di professionalità indispensabile è graduato in maniera differente a seconda del ruolo rivestito nell'unità organizzativa (responsabile o addetto);
- ☐ il coinvolgimento del personale in percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche mediante sessioni formative *in house*, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori;

☐ lo svolgimento di formazione *ad hoc*, con attività preparatoria di affiancamento, per il dirigente neo-incaricato e per i collaboratori addetti, affinché questi acquisiscano le conoscenze e la perizia necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata area a rischio.

L'attuazione della misura comporta che:

☐ per il personale dirigenziale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, la durata dell'incarico deve essere fissata al limite minimo legale; per il personale non dirigenziale, la durata di permanenza nel settore deve essere prefissata da ciascuna amministrazione secondo criteri di ragionevolezza, preferibilmente non superiore a 5 anni, tenuto conto anche delle esigenze organizzative;

☐ per il personale dirigenziale, alla scadenza dell'incarico la responsabilità dell'ufficio o del servizio deve essere di regola affidata ad altro dirigente, a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente;

☐ l'amministrazione ha il potere di mutare il profilo professionale di inquadramento del dipendente, nell'ambito delle mansioni equivalenti nell'ambito dell'area o qualifica di appartenenza;

☐ in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente (ad esempio perché l'amministrazione ha avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o è stato pronunciato un ordine di esibizione *ex art.* 256 c.p.p. o una perquisizione o sequestro) e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'amministrazione:

**a)** per il personale dirigenziale procede con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. 1 *quater*, e dell'art. 55 *ter*, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001;

**b)** per il personale non dirigenziale procede all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. 1 *quater*;

**c)** per le categorie di personale di cui all'art. 3 del d.lgs. n. 165 del 2001 applica le misure cautelari previste nell'ambito di ciascun ordinamento e, salvo disposizioni speciali, l'art. 3 della l. n. 97 del 2001.

☐ l'applicazione della misura va valutata anche se l'effetto indiretto della rotazione comporta un temporaneo rallentamento dell'attività ordinaria dovuto al tempo necessario per acquisire la diversa professionalità;

☐ l'attuazione della mobilità, specialmente se temporanea, costituisce un utile strumento per realizzare la rotazione tra le figure professionali specifiche e gli enti di più ridotte dimensioni;

☐ nel caso di impossibilità di applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale a causa di motivati fattori organizzativi, la misura sarà applicata comunque al personale non dirigenziale, con riguardo innanzi tutto ai responsabili del procedimento.



Sarà adottato, a cura del Responsabile della prevenzione, sulla base di tali principi, apposito disciplinare, d'intesa con le rappresentanze sindacali del personale.

### **- Programma Azioni 2015 -**

*Considerato che la recente approvazione dell'Atto Aziendale innoverà l'organizzazione prevedendo strutture dipartimentali molto più grandi e attribuite di nuovi compiti. Pertanto, come è facile immaginare, si tratta di situazioni ancora in fase di consolidamento all'interno delle quali rotazioni di personale potrebbero causare gravi problemi sul piano gestionale in termini di corretto funzionamento delle strutture, compromettendone la continuità operativa.*

*Inoltre, la recente approvazione dell'Atto Aziendale innoverà l'organizzazione prevedendo strutture dipartimentali molto più grandi e attribuite di nuovi compiti. Pertanto, come è facile immaginare, si tratta di situazioni ancora in fase di consolidamento all'interno delle quali rotazioni di personale potrebbero causare gravi problemi sul piano gestionale in termini di corretto funzionamento delle strutture, compromettendone la continuità operativa.*

*Il comma 10, lettera b, della L. 190/2012 prevede che il Responsabile provveda “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”, cioè gli uffici coinvolti nella gestione dei processi di cui al comma 16, lettere a-d. La praticabilità della rotazione del personale degli incarichi di responsabilità negli uffici considerati a maggiore rischio potrà risultare non praticabile per l'esiguo numero di dipendenti in organico. Sarà invece contemplata, laddove consentito dal numero di addetti e dalle loro competenze professionali, la rotazione del personale operativo sui particolari procedimenti. La misura sarà prevista per l'Area Gestione del Personale / Amministrativa; Area Economico –Finanziaria; Area Servizi Tecnico-logistici e Area Servizio Provveditorato.*

### **Art. 12 Attività di formazione**

*Con l'adozione del “Piano” il “Responsabile” definirà, in collaborazione con la UOC Aggiornamento e Formazione, gli eventi formativi per i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione.*

*Nell'ambito delle misure indicate dalla L. n. 190/2012, nel corso della vigenza del “Piano”, si ritiene di sviluppare interventi di informazione/formazione rivolti al personale interessato, con la duplice funzione di prevenire e contrastare il fenomeno corruzione e fornire massima disamina circa le situazioni concrete di rischio per stimolare alle buone pratiche.*

*Caratteristica dei percorsi formativi sarà la modularità, il cui obiettivo principale è di assicurare una formazione puntuale e continua, che possa essere declinata in base ai diversi livelli di responsabilità ed ai diversi livelli di rischio presenti nelle strutture aziendali:*

*1. una formazione/sensibilizzazione inizialmente indirizzata alle Direzioni aziendali, ai Direttori di dipartimento ed ai Direttori di struttura, con l'obiettivo di illustrare l'intera politica aziendale di prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità, con le relative responsabilità e le procedure da attivare per evitare/segnalare il verificarsi di episodi di corruzione tra il personale;*

2. un intervento di tipo informativo/formativo che abbia come caratteristica principale la diffusione dei principi normativi e la contestualizzazione dei profili di rischio legati alle specifiche attività svolte, che dovrà essere diretto alla generalità del personale inserito in aree a rischio ed avere un forte impatto comunicativo, atto a stimolare la condivisione di principi etici ed il rifiuto dell'illegalità; tali interventi potranno essere organizzati anche con le singole strutture aziendali, con possibilità di aggiornamento;

3. una formazione periodica\continua (attivabile anche in modalità più flessibili su richiesta, all'interno delle strutture dove è maggiore il rischio di corruzione).

Il programma di formazione verterà su tematiche inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza, con riferimento in particolare alle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed agli aspetti etici e di legalità delle attività amministrative.

L'Azienda, sulla base delle indicazioni del "Responsabile" e di concerto con i Direttori delle strutture aziendali interessate, individuerà i dipendenti che hanno l'obbligo di partecipare ai programmi di formazione.

Al fine di assicurare la più ampia divulgazione delle tematiche relative alla prevenzione ed al contrasto alla corruzione, i Dirigenti responsabili delle strutture aziendali, in collaborazione con coloro che hanno partecipato ai corsi di cui sopra, hanno l'obbligo di prevedere forme di audit interni tra tutto il personale afferente, di cui dovrà essere relazionato il "Responsabile".

Il programma di formazione di cui al presente paragrafo, verrà concordato con la UOC Aggiornamento e Formazione, che si occuperà della gestione ed organizzazione dei corsi obbligatori rivolti al personale.

Ove mai ciò non sarà stato possibile, per evidenti problemi di natura organizzativa, ci si rivolgerà alla SNA ( Scuola Nazionale di Pubblica Amministrazione) e, solo in ultima istanza al mercato con procedura ad evidenza pubblica.

#### **Azioni - Obiettivi 2015/2016 di formazione e tutela del Whistleblower**

| <b>Obiettivi</b>              | <b>Misure</b>                                                                                                                                               | <b>Competenza</b>                                  | <b>Periodo</b> |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------|
| Formazione                    | Corsi di formazione specifici destinati alle unità di personale inserite nelle Strutture o che rivestono ruoli particolarmente esposti a rischio corruzione | Responsabile PC / UOC Formazione<br>Dirigenti Aree | 2015/2016      |
| Tutela del Whistleblower (Wb) | Iniziative di sensibilizzazione                                                                                                                             | Responsabile/ Comunicazione/URP                    | 2015/2016      |
|                               | Procedura di segnalazione riservata                                                                                                                         | Responsabile                                       | 2015/2016      |

## Art. 13 Il Codice di comportamento

- *Azioni 2015 – “L’UPD predispone ed invia al RPC due relazioni semestrali sui procedimenti disciplinari attivati”*

L’art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, come modificato dall’art. 1, comma 44, della l. n. 190, assegna al Governo il compito di definire un Codice di comportamento dei pubblici dipendenti *“al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell’interesse pubblico.”* In attuazione della delega il Governo ha approvato il D.P.R. n. 62 del 2013, recante il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici. Lo strumento dei codici di comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tal via, indirizzano l’azione amministrativa. Il nuovo Codice sostituisce il Codice di comportamento approvato con d.m. 28 novembre 2000. Esso contiene misure innovative in funzione della prevenzione della corruzione. Il Codice si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, il cui rapporto di lavoro è disciplinato contrattualmente, ai sensi dell’articolo 2, commi 2 e 3 del medesimo decreto. Per il personale in regime di diritto pubblico le disposizioni del codice assumono la valenza *“di principi di comportamento”* in quanto compatibili con le disposizioni speciali. In maniera del tutto innovativa, l’art. 2, comma 3, del Codice prevede l’estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori dell’amministrazione, dei titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell’amministrazione. Secondo quanto previsto dall’art. 54, comma 5, del d.lgs. n. 165 del 2001 e dall’art. 1, comma 2, del Codice, l’Azienda provvederà a definire, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio O.I.V., un proprio Codice di comportamento. A tal fine, saranno considerate i criteri, le linee guida e i modelli uniformi per singoli settori o tipologie di amministrazione, indicati dalla C.I.V.I.T.. Saranno individuate regole comportamentali differenziate a seconda delle specificità professionali, delle aree di competenza e delle aree di rischio. L’Azienda conferma la soglia orientativa dei regali di modico valore di cui all’art. 4, comma 5. Il Codice dovrà prevedere espressamente l’obbligo di rispettare le misure contenute nel P.T.P.C. e di prestare collaborazione nei confronti del responsabile della prevenzione. Il Codice contiene una specifica disciplina per i dirigenti, compresi quelli *“a contratto”* e il personale che svolge una funzione equiparata a quella dirigenziale nell’ambito degli

uffici di diretta collaborazione. Con una chiara presa di posizione che marca la differenza rispetto al passato, la l. n. 190 chiarisce che la violazione delle regole del Codice generale approvato con D.P.R. e dei Codici adottati da ciascuna amministrazione dà luogo a responsabilità disciplinare. Quindi, le norme contenute nei Codici di comportamento fanno parte a pieno titolo del “codice disciplinare”. Per le Azioni/ obiettivi 2015 relativi all’adozione del Codice si veda la tabella

*Tabella Azioni / Obiettivi 2015 connessi all’adozione del Codice di comportamento specifico*

| <i>Obiettivi</i>                        | <i>Misure</i>                                     | <i>Competenza</i>      | <i>Periodo</i>    |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|-------------------|
| <i>Adozione codice di comportamento</i> | <i>Relazione / monitoraggio</i>                   | <i>UPD</i>             | <i>01/02/2015</i> |
|                                         | <i>Monitoraggio, adozione e diffusione Codice</i> | <i>Direttori UUOCC</i> | <i>semestrale</i> |

#### **Art. 14 Il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità**

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l’efficienza e l’efficacia dell’azione amministrativa. Da questo punto di vista essa, infatti, consente:

- ☐ la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo e, più in generale, per ciascuna area di attività dell’amministrazione e, per tal via, la responsabilizzazione dei funzionari;
- ☐ la conoscenza dei presupposti per l’avvio e lo svolgimento del procedimento e, per tal via, se ci sono dei “blocchi” anomali del procedimento stesso;
- ☐ la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e, per tal via, se l’utilizzo di risorse pubbliche è deviato verso finalità improprie.

Per questi motivi la l. n. 190 è intervenuta a rafforzare gli strumenti già vigenti, pretendendo un’attuazione ancora più spinta della trasparenza, che, come noto, già era stata largamente valorizzata a partire dall’attuazione della l. n. 241 del 1990 e, successivamente, con l’approvazione del d.lgs. n. 150 del 2009.

La l. n. 190 ha previsto che la trasparenza dell’attività amministrativa, “*che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell’articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all’articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione*” sui siti *web* istituzionali delle pubbliche amministrazioni delle informazioni rilevanti stabilite dalla legge.

La l. n. 190 ha previsto una serie di disposizioni che si applicano direttamente a tutte le pubbliche amministrazioni e agli enti pubblici nazionali, compresi quelli aventi natura di enti economici, nonché alle società partecipate e a quella da esse controllate, per la loro attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o dell’Unione europea, ed ha conferito una delega al Governo per approvare un decreto legislativo avente ad oggetto il

riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni (art. 1, comma 34), esercitata con l'approvazione del d.lgs. n. 33 del 2013.

Con il d.lgs. n. 33 si rafforza la qualificazione della trasparenza intesa, già con il d.lgs. n. 150 del 2009, come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Emerge dunque con chiarezza che la trasparenza non è da considerare come fine, ma come strumento per avere una amministrazione che opera in maniera eticamente corretta e che persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, valorizzando l'*accountability* con i cittadini.

Il d.lgs. n. 33 contiene indicazioni di fonte primaria circa le modalità di pubblicazione dei documenti e delle informazioni rilevanti, nonché circa i dati da pubblicare per le varie aree di attività. Pertanto, ferme restando eventuali previsioni specifiche che potranno essere contenute nella fonte regolamentare, le prescrizioni di trasparenza sono immediatamente precettive. Gli adempimenti di trasparenza debbono essere curati seguendo le indicazioni contenute nell'Allegato A al d.lgs. n. 33 del 2013, nonché secondo la delibera n. 50 del 2013 della C.I.V.I.T.. Con particolare riferimento alle procedure di appalto, l'A.V.C.P. ha definito con la deliberazione 26 del 2013 le informazioni essenziali che le stazioni appaltanti pubbliche devono pubblicare sulla sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito ai sensi dell'art. 1, comma 32, della l. n. 190 del 2012.

Restano comunque *"ferme le disposizioni in materia di pubblicità previste dal codice di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163"*, nonché, naturalmente, tutte le altre disposizioni già vigenti che prescrivono misure di trasparenza. Tra queste, si rammentano le norme contenute dell'art. 4 della legge n. 15 del 2009, commi 7 e 8, che impongono misure di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività e che riguardano l'ampio ambito delle "amministrazioni pubbliche" di cui all'art.1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001.

Le prescrizioni di pubblicazione previste dal d.lgs. n. 33 del 2013 sono obbligatorie, sicché, nei casi in cui l'amministrazione abbia omissso la pubblicazione degli atti, sorge in capo al cittadino il diritto di chiedere e ottenerne l'accesso agli atti medesimi non pubblicati in base a quanto stabilito dall'art. 5 del medesimo decreto. La richiesta di accesso civico ai sensi dell'art. 5 non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al responsabile della trasparenza dell'amministrazione obbligata alla pubblicazione.

Entro 30 giorni dalla richiesta l'amministrazione deve:

- ☐ procedere alla pubblicazione sul sito istituzionale del documento, dell'informazione o dei dati richiesti;
- ☐ trasmettere contestualmente il dato al richiedente, ovvero comunicargli l'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale.

Se il documento, l'informazione o il dato richiesto risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'amministrazione deve indicare al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

In caso di ritardo o mancata risposta da parte dell'amministrazione il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo di cui all'art. 2, comma 9 *bis*, della l. n. 241 del 1990. Sul sito *internet* istituzionale dell'amministrazione è pubblicata, in formato tabellare e con collegamento ben visibile nella *homepage*, l'indicazione del soggetto a cui è attribuito il potere sostitutivo e a cui l'interessato può rivolgersi.

Il titolare del potere sostitutivo, ricevuta la richiesta del cittadino, verifica la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione in base a quanto previsto dalla legge. I termini per il suo adempimento sono quelli di cui all'art. 2, comma 9 *ter*, della l. n. 241 del 1990, ossia un termine pari alla metà di quello originariamente previsto.

Per la tutela del diritto di accesso civico si applicano le disposizioni di cui al d.lgs. n. 104 del 2010. L'inoltro da parte del cittadino della richiesta di accesso civico comporta da parte del responsabile della trasparenza, l'obbligo di segnalazione di cui all'art. 43, comma 5, del d.lgs. n. 33 ossia:

- ☐ all'Ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
- ☐ al Direttore Generale, all'O.I.V. ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge è garantito dai dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione. In attuazione delle previsioni di cui all'art. 10 del d.lgs. n. 33 il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.) costituisce una sezione del presente P.T.P.C. (**allegato**).

Il ruolo di Responsabile della trasparenza è svolto, presso l'Azienda Ospedaliera dei Colli, dal Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il P.T.T.I. è volto a garantire:

- ☐ un adeguato livello di trasparenza;
- ☐ la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Salvi i limiti stabiliti all'art. 4 del decreto, gli obblighi di trasparenza in esso contenuti comportano:

- ☐ in capo all'amministrazione, l'obbligo di pubblicazione, in conformità alle specifiche e alle regole tecniche di cui all'Allegato A del decreto, nei propri siti istituzionali dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Amministrazione;
- ☐ in capo ai cittadini, il diritto (di chiunque) di accedere ai siti direttamente ed immediatamente, senza autenticazione ed identificazione.

L'amministrazione nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalle succitate disposizioni normative e programmate nel P.T.T.I. deve adottare, *ex art. 1, comma 15, l. n. 190*, criteri di:

- ☐ facile accessibilità;
- ☐ completezza;
- ☐ semplicità di consultazione.

L'Azienda ha già predisposto sulla *home page* del proprio sito istituzionale la sezione: **«Amministrazione trasparente»** (art. 9 d.lgs. n. 33 del 2013), all'interno della quale si provvede alla pubblicazione degli atti e dei dati prescritti, in maniera organica e di facile consultazione. Nella sezione sarà evidenziato il nominativo del Responsabile della prevenzione e della trasparenza.

Nella predisposizione del P.T.T.I. l'Azienda tiene presenti le indicazioni fornite dalla C.I.V.I.T. nella delibera n. 50 del 2013. Il programma triennale approvato dall'Azienda Ospedaliera dei Colli è liberamente consultabile e scaricabile dal sito internet [www.ospedalideicolli.it](http://www.ospedalideicolli.it).

#### **Art. 15 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse -**

- **Azioni 2015** – “L'Ufficio del personale, in sede di autorizzazione di incarichi ai propri dipendenti, verifica l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi (D.Lvo n. 165/2001 art. 53, commi 7 e 9)”

*Ai sensi dell'art. 1, comma 41, della L. n. 190/2012 è stabilito l'obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale.*

*È inoltre previsto un potere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.*

*La segnalazione dell'eventuale conflitto deve essere effettuata tempestivamente, per iscritto, al dirigente Responsabile della struttura presso cui l'attività viene svolta, che valuta se la situazione realizza un reale conflitto, idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Il dirigente destinatario risponde per iscritto al dipendente, sollevandolo dall'incarico o motivando le ragioni che rendono possibile la prosecuzione dell'espletamento dell'attività.*

*Nel caso in cui il segnalante sia un Dirigente, la comunicazione deve essere inviata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.*

*La norma si coordina con quanto previsto anche dagli artt. 6 e 7 del Codice di Comportamento approvato con DPR n. 62/2013.*

*La violazione della norma realizzata con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente e può generare illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.*

#### **Art. 16 Attività ed incarichi extra istituzionali – Azioni 2015 -**

*In attuazione di quanto disposto dalla legge n. 190/2012, modificativa del regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici previsto dall'ex art. 53 D.Lvo n. 165/2001, si prevede che la UOC Amministrazione del personale attui **monitoraggio e controllo** :*

- ✓ *per il rilascio di autorizzazioni all'esercizio di incarichi ai dipendenti dell'Azienda:*
  - *definizione di criteri oggettivi e predeterminati da assumere in atto regolamentare in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi compatibili con il rapporto di lavoro;*
- ✓ *per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali:*
  - *l'UO Amministrazione del Personale deve valutare tutti i profili di conflitto di interesse, anche quelli potenziali;*
  - *obbligo per il dipendente di comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, sui quali l'azienda si riserva la verifica di eventuale sussistenza di conflitti, anche potenziali;*
  - *obbligo per l'amministrazione di comunicare al Dipartimento della Funzione Pubblica tutti gli incarichi conferiti e/o autorizzati, anche di tipo gratuito, entro 15 giorni dal rilascio dell'autorizzazione.*

#### **Art. 17 Incompatibilità ed inconferibilità**

**- Azioni 2015 -** *“Tutto il personale interessato è tenuto a compilare un'autocertificazione resa ai sensi del DPR n. 445/2000 e ss.mm.e ii.” - **verifica delle autocertificazioni prodotte-***

*Con il Decreto Legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013, attuativo della L. n. 190/2012, il legislatore ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni, disciplinando i casi di inconferibilità ed incompatibilità.*

*Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni stabilite sono nulli, ai sensi dell'art. 17 del D.Lvo citato. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli, si applicano le sanzioni previste dall'art. 18.*

*Nel caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine, non siano note all'amministrazione ma si appalesino nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.*



*A differenza che nel caso dell'inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge considera incompatibili fra loro.*

*Nel caso in cui il Responsabile della prevenzione riscontri l'insorgere di una situazione di incompatibilità, questi deve effettuare una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto.*

*In applicazione di quanto previsto, tutto il personale interessato (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttori di Dipartimento, Direttori di struttura complessa e Dirigenti di struttura semplice non inserita in struttura complessa) è tenuto a compilare un'autocertificazione resa ai sensi del DPR n. 445/2000 e ss.mm.e ii., attestante:*

- l'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità, all'atto del conferimento dell'incarico;*
- nel corso dell'incarico, l'insussistenza di cause di incompatibilità alla carica ricoperta (da rendere annualmente, entro il mese di aprile di ciascun anno).*

*Tutte le autocertificazioni sono pubblicate sul sito internet aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente.*

*Il Responsabile della Prevenzione e della Corruzione, per il tramite dell'U.O. Amministrazione del Personale, adotta misure di verifica delle autocertificazioni prodotte, come ad esempio attraverso il casellario giudiziario. Il RPC segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del presente decreto all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.*

## **Art. 18 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage– revolving doors)**

### **- Azioni 2015 – “ Verifica delle adozioni delle misure previste “**

*La legge n. 190/2012 ha introdotto il nuovo comma 16 ter nell'ambito dell'art. 53 del D.Lvo n. 165/2001, volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.*

*In particolare, la norma prevede che “I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”.*

*Ai fini dell'applicazione della norma, vengono **adottate le presenti misure:***

- ✓ *nei contratti di assunzione del personale dovrà essere inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;*
- ✓ *nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata,*

dovrà essere inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;

- ✓ i soggetti per i quali emerge la situazione di cui al punto precedente sono esclusi dalle procedure di affidamento;
- ✓ si agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.Lvo. n.165/2001.

**Tabella - Obiettivi connessi ai fenomeni di Pantouflage, inconfiribilità e incompatibilità – Azioni 2015/2016 –**

| Obiettivi                  | Misure                                                                | Competenza                      | Periodo                          |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Contrastare il pantouflage | Inserimento di apposite clausole contrattuali ostative                | Servizio Gestione Risorse Umane | 1/2-31/03/2015<br>1/2-31/03/2015 |
| Inconfiribilità            | Raccolta dichiarazioni di assenza di cause di inconfiribilità         | Servizio Gestione Risorse Umane | Permanente                       |
|                            | Pubblicazione sul sito istituzionale delle dichiarazioni              | Servizio Gestione Risorse Umane |                                  |
| Incompatibilità            | Raccolta annuale dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità | Servizio Gestione Risorse Umane | Permanente                       |
|                            | Pubblicazione sul sito istituzionale delle dichiarazioni              |                                 |                                  |

#### **Art. 19 Formazione di Commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione**

##### **-Azioni 2015/ 2016 - “ I responsabili del procedimento operano verifiche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni”**

L'introduzione dell'art. 35 bis nel Decreto Legislativo n. 165/2001 dispone l'impossibilità alla partecipazione a commissioni di concorso o di gara e allo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio, a carico di coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del codice penale.

A tal fine si prevede che:

- ✓ nel provvedimento per l'attribuzione di incarichi, si dia evidenza di aver proceduto alla verifica di insussistenza di condizioni ostative al conferimento;
- ✓ il dipendente assegnatario di incarico ed i membri esterni e interni – anche con funzioni di segreteria - di commissioni di concorso o di gara sottoscrivano una dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconfiribilità o incompatibilità.

I responsabili del procedimento operano verifiche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni.

Qualora venga accertata una non veridicità delle dichiarazioni rese, ne dovrà essere data tempestiva

*comunicazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione. I dipendenti interessati saranno soggetti a responsabilità disciplinare oltre che alla segnalazione ai competenti organi giudiziari.*

## **Art. 20 Patti di integrità negli affidamenti**

L'azienda, in qualità di stazione appaltante, inserisce negli avvisi, bandi, lettere invito riferite all'affidamento di lavori, forniture e servizi, convenzioni nonché sponsorizzazioni, una specifica clausola di salvaguardia di conoscenza e rispetto del codice etico e (ove applicabile) del codice etico degli appalti. I codici sono pubblicati sul sito internet dell'azienda.

## **Art. 21 Whistleblower - Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti**

Chiunque all'interno dell'azienda – dipendente o persona collaborante a qualsiasi titolo – ha l'onere di segnalare tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione la conoscenza di atti e/o fatti illeciti di cui è venuto a conoscenza.

Il RPC, valutato il singolo caso, effettuerà la dovuta informativa alla Direzione aziendale.

Il dipendente che denuncia (whistleblower) all'autorità giudiziaria, alla corte dei Conti o riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite o fatti rilevanti connessi a rischi, comportamenti, irregolarità a danno dell'interesse pubblico, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto a misure discriminatorie, dirette o indirette, aventi effetti sulle condizioni di lavoro, per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Fanno eccezione i casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione.

La segnalazione ha prima di tutto funzione preventiva: maggiormente è qualificata e dettagliata, più tempestivamente potrà essere verificata.

La segnalazione al RPC può avvenire in forma aperta o riservata (identità del segnalante conosciuta solo da chi riceve la segnalazione).

Nel caso in cui, a seguito di una segnalazione, scaturisca un procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata. L'identità può essere rivelata nel caso in cui sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

*Eventuali segnalazioni anonime sono ammesse solamente se sufficientemente circostanziate e cioè tali da far emergere fatti e situazioni relazionabili a contesti specifici (nominativi, qualifiche, uffici, date, ecc...). Le segnalazioni possono essere trasmesse via mail [anticorruzione@ospedalideicolli.it](mailto:anticorruzione@ospedalideicolli.it) predisposta nella pagina amministrazione trasparente al link corruzione.*

## **Art. 22 Obblighi di Informazione – Azioni 2015 –**

*La legge 190/2012 all'art. 1, comma 9, lettera c), impone uno specifico obbligo di informazione, per il personale addetto alle attività a rischio corruzione, nei confronti del "Responsabile della Prevenzione della Corruzione", chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del presente Piano.*

*Inoltre, l'art. 16 del D.Lvo. 165/2001 dispone ai commi l-bis, l-ter ed l-quater che i dirigenti di uffici dirigenziali generali, comunque denominati, [...] esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e poteri:*

*l-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;*

*l-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla*

*prevenzione del rischio medesimo; l-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.*

***In attuazione di quanto sopra, i responsabili dei settori a rischio hanno l'obbligo di relazionare ed informare tempestivamente il responsabile della prevenzione della corruzione in merito allo stato di avanzamento delle singole azioni e misure previste dal presente PTPC in coerenza con il cronoprogramma previsto in tabella.***

*In particolare, si richiama l'importanza che i Dirigenti/responsabili di unità organizzativa trasmettano al RPC apposita relazione annuale, in cui siano rappresentati gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite per l'aggiornamento annuale del PTPC.*

*La mancata risposta alle richieste di informativa del responsabile della prevenzione della corruzione da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del PTPC è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente. Inoltre, nei confronti del responsabile della prevenzione debbono essere indirizzati adeguati flussi informativi così come previsto per l'Organismo di Vigilanza di cui il D.Lvo 231/2001.*

*Il Responsabile della prevenzione della corruzione riferisce all'Organismo di Vigilanza di fatti ritenuti rilevanti che egli accerti nell'esercizio delle proprie funzioni. Nei confronti del responsabile delle prevenzione sono comunque indirizzati i seguenti flussi informativi, costituiti da:*

- relazione informativa redatta dall'Organismo di Vigilanza in ordine alle attività di verifica e controllo compiute dal medesimo Organismo e all'esito delle stesse;*
- segnalazioni indirizzate alla Direzione Strategica da parte dell' UDP (Ufficio Procedimenti Disciplinari) per accertamento di violazioni del Codice Etico-Comportamentale che possano configurarsi come ipotesi di reato già consumato o non ancora giunto a consumazione, affinché la Direzione Strategica impedisca il compimento dell'azione o la realizzazione dell'evento o che possano comportare l'insorgere di una responsabilità in capo all'Azienda.*

### **Cronoprogramma Azioni - Aggiornamento Piano Anno 2015 –**

| <b>Soggetti</b>                                                                     | <b>Adempimento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Termini</b>                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Responsabile della Prevenzione della Corruzione                                     | Proposta per l'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Entro il 31 dicembre di ogni anno |
| Direttore Generale                                                                  | Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, previo parere preventivo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni                                                                                                                                                                                                                                               | Entro il 31 gennaio di ogni anno  |
| Responsabile della Prevenzione della Corruzione                                     | Pubblicazione sul sito internet aziendale del Piano approvato e trasmissione al Dip. Funzione Pubblica                                                                                                                                                                                                                                                                               | Entro il 31 gennaio di ogni anno  |
| Responsabile della Prevenzione della Corruzione                                     | Divulgazione del Piano alle diverse articolazioni aziendali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Entro 30 gg. dalla sua adozione   |
| Rete dei referenti<br><br>Direttori UU.OO.CC.                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Proposta di specifiche misure ed azioni atte a ridurre il rischio rilevato o a mantenerlo a livelli accettabili;</li> <li>&gt; Proposta del piano formativo per il personale della propria unità operativa;</li> <li>&gt; Proposta rotazione dipendenti che curano i procedimenti nei settori a maggior rischio di rotazione.</li> </ul> | Entro il primo quadrimestre       |
| Rete dei referenti<br><br>Direttori UU.OO.CC.                                       | > Relazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione sulle procedure utilizzate ed i controlli attivati                                                                                                                                                                                                                                                                    | Entro il secondo quadrimestre     |
| Responsabile della Prevenzione della Corruzione                                     | > Monitoraggi, audit e verifiche amministrative                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Secondo e Terzo quadrimestre      |
| Rete dei referenti, di concerto con Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Proposta di miglioramenti ed implementazioni al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Entro il mese di novembre         |
| Ufficio Procedimenti Disciplinari                                                   | Trasmissione Report al Responsabile della Prevenzione della Corruzione sui procedimenti disciplinari attivati in violazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione o dei Codici di Comportamento                                                                                                                                                                     | Entro il mese di novembre 2015    |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |
| <b>Responsabile della Prevenzione della Corruzione</b>                              | Redazione della relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano e pubblicazione sul sito internet aziendale                                                                                                                                                                                                                                                                    | Entro il 15 dicembre 2015         |
| <b>Responsabile della Prevenzione della Corruzione</b>                              | Invio della relazione annuale al D. F. P. (con il nuovo Piano)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Entro il 31 gennaio di ogni anno  |

## **Art. 23 Monitoraggio tempi procedurali**

*Il monitoraggio dei tempi procedurali, previsto dalla L. 190/2012, comma 28<sup>2</sup>, adempimento strettamente connesso alla trasparenza e dettagliato nel D.Lgs 33/2013, art. 24, comma 2<sup>3</sup>, è uno strumento importante nella prevenzione del rischio, che fornisce un indice di anomalie che possono essere sintomo di un fenomeno corruttivo o di illecito. Il monitoraggio presuppone una mappatura dei procedimenti che obiettivo 2015/2016 sarà portata a termine a livello congiunto con i dirigenti delle aree interessate. La risultante sarà un elenco dei procedimenti in ambito aziendale, da pubblicare nella sezione Amministrazione trasparente del portale aziendale, che sarà sottoposto a costante aggiornamento e che costituirà la base sulla quale saranno effettuate le indagini di monitoraggio sotto la responsabilità delle aree dirigenziali, per competenza.*

*Allo scopo di consentire un'agevole e precisa attuazione del monitoraggio, si dovrà provvedere allo studio per un idoneo sistema informatico. Si veda in proposito la declinazione degli obiettivi riportata nella tabella*

**Tabella . Obiettivi monitoraggio tempi procedurali**

|                                |                                                                                                                                                                              |                                                       |                                           |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Monitoraggio tempi procedurali | Analisi e completamento dell'elenco dei procedimenti con i dati previsti dal D.Lgs 33/2013 - si veda per il dettaglio degli obblighi di pubblicazione la tabella 11 (all. 1) | Tutte le Aree dirigenziali e i Servizi per competenza | 1/2-30/6/2015<br>Aggiornamenti semestrali |
|                                |                                                                                                                                                                              |                                                       |                                           |
|                                | Implementazione di nuovo sistema di elaborazione e monitoraggio dei tempi procedurali                                                                                        | Area Sistemi informativi                              | 1/2-31/12/2015                            |
|                                | Attuazione del sistema di monitoraggio dei tempi procedurali                                                                                                                 | Tutte le Aree dirigenziali e i Servizi per competenza | 1/1-31/12/2015                            |

## **Art. 24 Collegamento con il ciclo della performance**

*Il Piano Nazionale Anticorruzione prevede che le azioni e gli obiettivi previsti nel PTPC siano coordinati con il ciclo della performance secondo modalità fattive, non puramente formali. Medesima raccomandazione è stata formulata dall'Anac nella comunicazione (10 gennaio 2014) relativa alle indicazioni operative per l'avvio del ciclo della performance in coordinamento con il Piano anticorruzione.*

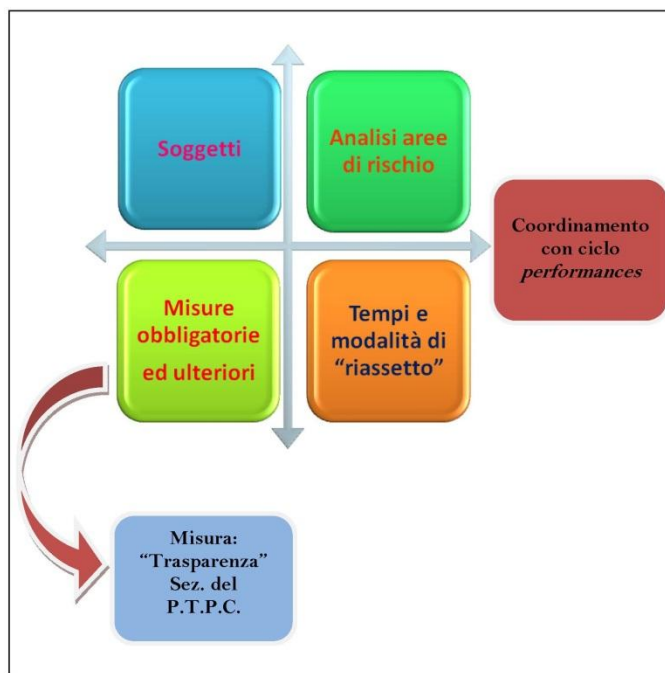
*La figura 1, tratta dal PNA, esemplifica efficacemente la dinamica di interrelazione tra i vari ambiti del PTPC e il ciclo della performance. Si rimanda alla lettura del Piano delle Performance 2015, sottoposto all'approvazione della Direzione*

<sup>2</sup> 28. "Le amministrazioni provvedono altresì al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione della anomalie. I risultati del monitoraggio sono consultabili nel sito web istituzionale di ciascuna amministrazione."

<sup>3</sup> "Le amministrazioni pubblicano e rendono consultabili i risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato ai sensi dell'articolo 1, comma 28, della legge 6 novembre 2012, n. 190."

*Aziendale – AORN dei COLLI - per i dettagli relativi alla pesatura degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione come previsti dal presente Piano. È opportuno però specificare in questa sede l'attuale assenza di indicatori di efficacia ed efficienza che possano permettere un'adeguata valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi fissati.*

**Figura 1. Ambiti del PTPC (tratta dal PNA, p. 26)**



*Come rilevato dall'Anac nel recente "Rapporto sul primo anno di attuazione della L. 190/2012", la "misurazione" della corruzione è una problematica complessa e fondamentale per un corretto e organico approccio alla prevenzione: "L'efficace contrasto della corruzione richiede necessariamente il superamento del deficit informativo oggi esistente. Una misurazione solida ed adeguata del fenomeno rappresenta un aspetto imprescindibile e prioritario sia per una comprensione più completa della sua dinamica e della sua distribuzione sul territorio e nei diversi settori, sia per indirizzare efficacemente le politiche di contrasto."*

*Sebbene il deficit al quale l'Anac fa riferimento a livello nazionale (con auspicato adeguamento delle indagini Istat) sia parzialmente colmato dalle attività di alcuni organismi internazionali, come Transparency International, è indubbio che gli indicatori debbano essere individuati sulla base di elementi quantitativi e qualitativi (in termini di percezione del fenomeno e di standard di qualità raggiunti) che presuppongono indagini e standard condivisi a livello sia generale sia settoriale.*

*Per un primo passo in questa direzione, il Responsabile prevederà di attuare, nel corso del triennio 2015/2016, un'indagine finalizzata al rilevamento del grado di percezione del fenomeno corruttivo presso i soggetti interni ed esterni dell'Azienda (personale tecnico-amministrativo, dirigenti personale e stakeholder); si veda in proposito la tabella 9.*

*Per l'anno 2015, la realizzazione degli obiettivi verrà intesa come da effettuarsi tra il 67% ed il 100% entro i termini stabiliti dal presente Piano, fatta salva la possibilità del Responsabile di rimodulare, in caso di impedimenti oggettivi alla*

*realizzazione degli obiettivi, le scadenze temporali previste, in accordo con i soggetti coinvolti nella loro attuazione, in particolare con i Dirigenti e i Responsabili dei Servizio.*

## **Art . 25 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile**

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, diventa fondamentale il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti". Un ruolo chiave in questo contesto sarà svolto dall'URP, che rappresenta per missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza. Inoltre saranno valutate modalità e soluzioni organizzative per l'attivazione di ulteriori canali dedicati alla segnalazione di episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi e corruzione.

## **Art.26 Trasmissione ed elaborazione dei dati relativi alla pianificazione, all'attuazione e all'impatto delle politiche anticorruzione**

L'Azienda provvede alla trasmissione al Dipartimento della Funzione Pubblica dei dati rilevanti di seguito indicati. I dati debbono essere trasmessi esclusivamente per via telematica, utilizzando modelli standardizzati, secondo istruzioni che saranno pubblicate sul sito del D.F.P. ([www.funzionepubblica.it](http://www.funzionepubblica.it)), sezione anticorruzione. Non è consentita la trasmissione di documenti cartacei.

I termini entro i quali la trasmissione deve avvenire sono i seguenti:

- ☐ trasmissione del P.T.P.C. per le amministrazioni centrali: 31 gennaio 2014;
- ☐ trasmissione del P.T.P.C. per le regioni, enti locali ed enti dagli stessi dipendenti: 31 gennaio 2014, secondo quanto stabilito in sede di intesa in Conferenza unificata sancita il 24 luglio 2013;
- ☐ trasmissione dati ulteriori: 31 luglio 2014 avendo a riferimento la situazione alla data del 30 giugno 2014 o termini diversi secondo successive comunicazioni in relazione a particolari tipologie di dati/informazioni.

I dati da comunicare riguardano:

- ☐ il P.T.P.C. ed i suoi aggiornamenti;
- ☐ la relazione del responsabile della prevenzione sull'attività svolta, redatta secondo lo schema che sarà indicato sul sito *internet* del D.F.P.;



- ☐ le misure di consultazione attuate in sede di elaborazione del P.T.P.C. ed i soggetti (interni e/o esterni) sentiti/consultati in sede di elaborazione del P.T.C.P.;
- ☐ il numero e la denominazione delle aree di rischio individuate da ciascuna amministrazione e inserite nel P.T.P.C.;
- ☐ il numero e la denominazione delle aree di rischio individuate da ciascuna amministrazione e inserite nel P.T.P.C. per le quali l'amministrazione prevede ulteriori misure di prevenzione oltre a quelle obbligatorie per legge;
- ☐ la tipologia di misura adottata per assicurare la tutela del *whistleblower*;
- ☐ la tipologia di misura adottata per assicurare l'attuazione dell'art. 53, comma 16 *ter*, del d.lgs. n. 165 del 2001 (svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro);
- ☐ la tipologia ed i casi per i quali non si è ritenuto possibile attuare la rotazione del personale;
- ☐ l'adozione del Codice di comportamento settoriale;
- ☐ la tipologia di misure attinenti al Codice di comportamento ulteriori rispetto a quelle disciplinate nel Codice di comportamento approvato dal Governo;
- ☐ la misura ulteriore introdotta, diversa da quelle previste come obbligatorie dalla legge, che a giudizio del responsabile della prevenzione presenta il miglior livello di efficacia per la prevenzione;
- ☐ il numero delle sentenze di condanna dei Giudici penali e della Corte dei conti pronunciate nei confronti di funzionari dell'amministrazione per ciascuna sottoarea tra quelle obbligatorie e comuni per tutte le amministrazioni (le Aree e le sotto-aree sono indicate nell'Allegato 2) e l'ammontare della condanna in riferimento a fatti corruttivi relativamente al triennio 2011-2013;
- ☐ le risposte a questionari sulla percezione della corruzione e sul valore dell'integrità.

Il presente piano deve avere la massima pubblicità. Pertanto sarà pubblicato sul sito internet aziendale e ogni neoassunto dovrà prenderne atto al momento dell'assunzione.

### **Cronoprogramma azioni/obiettivi - Biennio 2015/2016-**

Come anticipato in premessa, il Piano di prevenzione della corruzione viene aggiornato annualmente su base triennale, a scorrimento, e deve essere considerato come uno strumento di programmazione strategica e operativa sottoposto a verifiche e adeguamenti. Oltre agli obiettivi già elencati nelle precedenti tabelle, con periodo di attuazione su base triennale, sono state individuate alcune attività ricorrenti o di lungo periodo che vengono indicate nella tabella, la cui attuazione è estesa agli anni 2015 e 2016.

**Tabella . Obiettivi ed Azioni di prevenzione della corruzione biennio 2015/2016**

| <b>Obiettivi</b>                                                       | <b>Misure</b>                                                                                            | <b>Competenza</b>                                                                                | <b>Periodo</b>           |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| PTPC/PTTI                                                              | <i>Aggiornamento annuale</i>                                                                             | Responsabile                                                                                     | 30/11/2015               |
|                                                                        | <i>Iniziative di consultazione e partecipazione degli stakeholder</i>                                    | Responsabile in collaborazione con il Servizio Comunicazione                                     | 01/02/ 2015 - 30/11/2015 |
| <i>Monitoraggio e Valutazione risultati / audit</i>                    | <i>Perfezionamento modalità e attuazione audit interno su percezione corruzione</i>                      | Dirigenti Aree a rischio corruzione in collaborazione Responsabile / OIV                         | 20/11/ 2015              |
| <i>Monitoraggio tempi procedimentali</i>                               | <i>Attuazione</i>                                                                                        | Dirigenti, Responsabili di Servizio, Responsabili dei procedimenti                               | 30/06/2015               |
|                                                                        | <i>Affinamento modalità</i>                                                                              |                                                                                                  | 30/11/2015               |
| <i>Mappatura processi</i>                                              | <i>Mappatura dei processi al fine di evidenziare rischi corruttivi nidificati</i>                        | Responsabile, Dirigenti, Responsabili di Servizio                                                | Anno 2015/2016           |
| <i>Formazione</i>                                                      | <i>Corsi interni e in collaborazione con la SNA</i>                                                      | Responsabile, Servizio Aggiornamento e Formazione Aziendale, Dirigenti Aree a rischio corruzione | Anno 2015/2016           |
| <i>Rotazione del personale</i>                                         | <i>Studio di soluzioni organizzative e gestionali al fine di provvedere alla rotazione del personale</i> | Responsabile, Dirigenti Aree a rischio corruzione                                                | Anno 2015/2016           |
| <i>Regolamento autorizzazione incarichi/ Altri regolamenti di Area</i> | <i>Eventuale Revisione regolamenti</i>                                                                   | Responsabile, Dirigenti Aree a rischio corruzione                                                | Anno 2015/2016           |

## Allegato

### ***PIANO TRIENNALE 2013-2016 PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'***

#### **Premessa**

Il Programma triennale della Trasparenza e dell'integrità dell'Azienda è redatto in ottemperanza alle seguenti fonti normative:

- D.Lgs 150/2009, che ha attribuito particolare rilievo ai temi della trasparenza e dell'integrità con l'introduzione di una serie di strumenti obbligatori atti a garantire la pubblicità e l'accessibilità ai dati e alle informazioni aziendali;
  - le disposizioni della legge 190 /2012 "Disposizioni per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" che contiene l'elenco dei dati e dei contenuti da pubblicare sul sito Internet aziendale [www.ospedalideicolli.it](http://www.ospedalideicolli.it) nella sezione "**Amministrazione trasparente**"
  - Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 emanato in attuazione della suddetta legge recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.
- **Trasparenza** è da intendersi secondo quanto previsto dalla normativa vigente come *"accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione"*
  - **Integrità** è da intendersi in relazione al carattere strumentale che, al fine della prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione, assume la pubblicazione delle informazioni dovute, essendo la trasparenza il mezzo attraverso il quale mettere in atto forme di prevenzione di atti illeciti e di conflitti di interesse. I dati e le informazioni sono trattate nel rispetto dei principi sul trattamento dei dati personali.
  - La trasparenza presenta un duplice profilo: uno *statico* che consiste nella pubblicazione di categorie di dati con finalità di controllo sociale, uno *dinamico*, direttamente correlato alla performance che comporta l'obbligo di dar conto alla collettività delle decisioni prese e delle azioni fatte. La pubblicità dei dati inerenti l'erogazione dei servizi al pubblico e l'organizzazione aziendale, si inseriscono nell'ottica del miglioramento continuo dei servizi.
  - Il presente Programma, coordinato nel contenuto con il Piano della Prevenzione della corruzione e collegato con il Piano delle Performance per quanto attiene la programmazione strategica e operativa dell'Amministrazione, indica le iniziative previste

per garantire un adeguato livello di trasparenza, di legalità e di sviluppo della cultura dell'integrità. Individua le risorse e gli strumenti dedicati, definisce i modi e le iniziative per dare attuazione agli obblighi di pubblicazione.

- L'Azienda Ospedaliera dei Colli, in ottemperanza ai principi normativi e al fine di consentire a tutti i cittadini una effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda, si impegna a pubblicare ed aggiornare il presente programma a garanzia della collettività agevolando modalità di partecipazione e coinvolgimento. L'Azienda attraverso gli strumenti previsti dalla recente legislazione promuove l'affermazione e la diffusione della cultura della legalità, intesa non solo come rispetto delle norme ma soprattutto come partecipazione attiva dei cittadini e consapevolezza del contesto sociale, giuridico ed economico nel quale l'Azienda si muove ed opera le proprie strategie.
- L'elaborazione del Programma e la sua stesura è curata dal gruppo di lavoro coordinato dal direttore amministrativo (direttori/responsabili CED,staff, URP,PCV)
- L'incarico di "Responsabile aziendale per la trasparenza" è stato affidato con atto deliberativo n. del all'avv. Vincenzo Paesano, Responsabile della prevenzione della corruzione, che, coadiuvato dall'area di direzione strategica, collaborerà per tutte le attività di monitoraggio interno ed esterno a carattere diretto e indiretto.
- Al fine di garantire la continuità dell'implementazione degli strumenti dedicati alla trasparenza ed il monitoraggio dei dati pubblicati, è costituito un gruppo di lavoro permanente composto da: Responsabile Anticorruzione, responsabili/direttori delle UUOCC S.I.A., GRU, PCV, Provveditorato, GEF, U.T., delegati della direzione sanitaria, URP.

## **1. DATI**

Elemento centrale della Trasparenza è la pubblicazione di alcune tipologie di dati ed informazioni sul sito internet aziendale [www.ospedalideicolli.it](http://www.ospedalideicolli.it) per offrire a cittadini e stake-holder la possibilità di conoscere le azioni strategiche ed i comportamenti adottati per l'erogazione del servizio, comunicare l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi.

I dati e le informazioni pubblicate vengono selezionate in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e mirano a favorire un rapporto diretto tra cittadino e amministrazione. I dati pubblicati ed i modi di pubblicazione, garantiscono il rispetto delle disposizioni di legge in materia di protezione dei dati personali. Tutti i documenti riporteranno fonte, data, periodo di riferimento o validità.

L'aggiornamento dei dati avverrà ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche ed integrazioni. Lo stato di attuazione del programma sarà aggiornato secondo la cadenza stabilita.

## **2. IDENTITÀ' AZIENDALE**

L' "Azienda Ospedaliera dei Colli" è una azienda pubblica di carattere sanitario, senza finalità di lucro e ad alta specializzazione. Assicura l'accoglienza ed il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono, in quanto portatrici di bisogni di salute. Le attività dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e grazie alle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità. Per agire in tale direzione l'Azienda si propone:

- 1) di porre i bisogni dei cittadini al centro delle decisioni aziendali assumendo il principio della sussidiarietà e della responsabilizzazione sociale;
- 2) di investire in innovazione organizzativa, tecnologica e gestionale secondo il principio del miglioramento continuo;
- 3) di sviluppare idonee forme di comunicazione interna ed esterna come condizione indispensabile per attivare il processo di coinvolgimento degli operatori e dei cittadini nello sviluppo aziendale;
- 4) la ricerca e lo sviluppo di collegamenti stretti con tutte le eccellenze a vario titolo presenti nel campo dei servizi come condizione di confronto intorno alle competenze distintive;
- 5) di investire in formazione ed aggiornamento al fine di potenziare il patrimonio professionale presente.

Per le vocazioni espresse dalle specialità che lo compongono e per il ruolo assegnato dal Piano Ospedaliero Regionale, l' Azienda Ospedaliera dei Colli riconosce come propria la missione di rappresentare una delle strutture di riferimento nell'assistenza ospedaliera per la Regione Campania (nonché di quelle viciniore), offrendo percorsi di integrazione culturale ed operativa alle altre strutture del Servizio Sanitario, in coerenza con i principi organizzativi di “rete” previsti dagli indirizzi regionali.

Costituita a seguito della DGRC 70/2010, l'Azienda Ospedaliera “Ospedali dei Colli” dispone di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale che persegue i fini istituzionali di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività; la sua organizzazione ed il suo funzionamento sono disciplinati dall'Atto Aziendale nel rispetto dei principi e criteri delle disposizioni nazionali e regionali. All'Azienda, che ha sede legale in Napoli – via L. Bianchi fanno capo le seguenti strutture:

Ospedale Monaldi

Ospedale Cotugno

Ospedale CTO

Il logo aziendale è il seguente



Esso rappresenta la collocazione geografica dei tre ospedali, allocati su due colli, il Monaldi ed il Cotugno sulla collina dei Camaldoli ed il CTO sui colli Aminei.

E' costituito da rappresentazione grafica dei due colli, il più grande dei quali diviso in due ulteriori unità, a rappresentare i due ospedali che insistono sulla collina dei Camaldoli. E'

in campo verde distinto in tre sfumature diverse (i tre Ospedali) coronato dalla dicitura “Ospedali dei Colli” e con testo in calce che riporta le denominazioni dei tre Ospedali.

Il suo utilizzo è disciplinato nella deliberazione “Piano di Comunicazione” n. 129 del 14.02.2013.

### **3. TRASPARENZA**

Il d.lgs. n. 150 del 2009, attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza e dell'integrità valorizzando una nuova nozione di trasparenza intesa come *“accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione”*.

La trasparenza viene intesa quale livello essenziale delle prestazioni erogate, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione. In tale direzione il “Piano triennale per la trasparenza e l'integrità” diviene strumento principe di attuazione della disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità.

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici e alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on line dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda, con il fine di agevolare la pubblicità delle informazioni alla collettività. La suddetta pubblicità, consentendo dunque una effettiva conoscenza dell'azione della Direzione, costituisce il principale strumento informativo dell'andamento della performance e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della medesima. In altri termini, si persegue la finalità di mettere a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'amministrazione quali: gli obiettivi; i tempi di realizzazione, i costi specifici e le relative risorse, le modalità adottate e le procedure gestionali ed amministrative.

Gli strumenti con i quali dare attuazione al Programma con la finalità di restituire al pubblico un documento di rendicontazione dell'attività dell'Azienda non frammentato e facilmente fruibile sono:

#### **A. Sito Internet istituzionale**

L'Azienda prevede, come strumento essenziale per l'attuazione dei principi di trasparenza ed integrità, lo sviluppo e la costante implementazione del proprio sito internet [www.ospedalideicolli.it](http://www.ospedalideicolli.it). Il sito consente di informare in modo completo ed esaustivo gli utenti sulle caratteristiche dell'Azienda e di fruire dei documenti collegati. La realizzazione del sito tiene conto dei concetti di

a)usabilità, per rispondere facilmente alla reperibilità delle informazioni contenute in modo chiaro affidabile e semplice;

b)semplificazione, attraverso la semplicità del linguaggio;

c)accessibilità, nel rispetto dei parametri che favoriscono l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici.

Sulla *home page* del sito è presente la sezione **Amministrazione Trasparente** che raggruppa, in ottemperanza all'allegato 1 del D.Lgs 33/2013 le sottosezioni contenenti documenti ed informazioni .La sezione è in continuo aggiornamento dati.

#### **B. Servizio Informatico -Posta elettronica certificata**

Tra gli adempimenti richiamati per garantire trasparenza ed integrità, rientra la Posta elettronica Certificata, individuata come uno degli strumenti necessari per l'attuazione dei compiti di trasparenza. L'Azienda, in attuazione al Codice dell'Amministrazione Digitale, introdotto dal D.Lgs n.82/2005 e successive integrazioni e modificazioni, ha attivato n. indirizzi di Posta Elettronica Certificata, pubblicati sul sito internet aziendale e sul sito Indice P.A. Il processo di digitalizzazione e informatizzazione vedrà nei prossimi anni l'adeguamento alle disposizioni vigenti ed il potenziamento delle misure possibili compatibilmente con le risorse disponibili.

Il sistema informativo dell' Azienda è l'insieme:

- delle informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali;
- delle modalità con cui esse sono gestite;
- delle risorse sia umane sia tecnologiche coinvolte.

I dati raccolti dall' Azienda devono consentire una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati. La finalità sottesa a tale sforzo risiede nella possibilità di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi che attengono da un lato alla domanda e all'offerta di Servizi Sanitari, da un altro allo stato di salute della popolazione e da un altro ancora alla gestione dell'azienda. L' Azienda, inoltre, si impegna a promuovere, in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D.lgs. n.235/2010) l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali per assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dei documenti e delle informazioni. In tal senso la dematerializzazione intesa quale complesso intervento di semplificazione dei processi e di diminuzione delle fasi e dei passaggi del processo decisionale, snellimento dei procedimenti, semplificazione, governo del ciclo del documento in tutte le sue fasi incluso quello della conservazione, comunicazione digitale, controllo e riduzione del digital divide, rappresenta attualmente uno degli elementi di maggior rilievo all'interno dei processi di riforma dell'attività amministrativa e costituisce una delle linee di azione maggiormente significative anche a fini della riduzione della spesa pubblica in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi) sia di risparmi indiretti (tempo, efficienza ecc.).

La dematerializzazione, in uno con lo sviluppo dei sistemi comunicativi, l'utilizzo costante e diffuso della rete aziendale intranet, per le comunicazioni interne, e i portali per la comunicazione, per quelle esterne, l'utilizzo e diffusione della poste certificate (PEC e CECAPAC), permette di facilitare il processo di democratizzazione aziendale con un migliore e puntuale dialogo sia tra le diverse strutture organizzative sia con i dipendenti che con i cittadini utenti. La dematerializzazione deve riguardare, dunque, sia la conservazione dei documenti amministrativi e sanitari che la comunicazione e lo scambio documentale, nell'ambito dell'azienda stessa e tra questa e l'esterno. Tale obiettivo è reso possibile, tra l'altro, dal ricorso alle nuove tecnologie della firma digitale e della posta elettronica certificata. Le tecnologie digitali devono anche essere messe al servizio del cittadino. A tal proposito è opportuno richiamare l'attenzione sull'utilizzo dei siti web aziendali come strumento di comunicazione aperto e trasparente che, come tale, può essere di notevole valore in sanità in quanto, tra l'altro, offre l'opportunità alle strutture sanitarie di rendere pubbliche informazioni di estrema utilità per i cittadini sui servizi offerti, sulle modalità di fruizione degli stessi, sui tempi di attesa per le prestazioni. Per essere di effettiva utilità, l'Azienda ne curerà non solo l'allestimento ma il costante arricchimento ed aggiornamento.

### **C. Valori e Qualità**

L'attività dell'Azienda si identifica nei seguenti valori:

- a) centralità del paziente ed uguaglianza di tutti i cittadini nel diritto a perseguire lo stato di salute;
- b) personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, realizzate attraverso il mantenimento di comportamenti attenti alle necessità ed alle specificità dell'individuo;
- c) imparzialità ed efficienza nell'erogazione del servizio;
- d) confronto con la comunità e le istituzioni, come crescita per la ricerca di nuove soluzioni verso una sanità condivisa e realizzabile;
- e) introduzione dell'innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico, sul quale sostenere i continui cambiamenti del settore sanitario-ospedaliero;
- f) qualità come parte del sistema integrato di gestione delle azioni organizzative ed assistenziali in campo sanitario ed amministrativo e metodo di miglioramento costruito sulle esigenze dei pazienti e degli operatori;
- g) formazione e informazione come elemento di progresso professionale e culturale verso la realizzazione di ospedali orientati al costante miglioramento dell'attività clinico-assistenziale ed allo sviluppo di forme di educazione sanitaria partecipata;
- h) corretta e preventiva gestione del rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente come impegno attivo degli utenti e dei dipendenti, attraverso la valorizzazione delle esperienze e l'analisi delle condizioni organizzative.



L'A.O. Ospedali dei Colli individua nei questionari di customer satisfaction la modalità di ascolto degli utenti (degenti ed ambulatoriali, adulti e bambini) che aiuta a conoscere e comprendere sempre meglio i bisogni dei destinatari; gli item valutati sono raggruppati in 4 aree di interesse, organizzazione, informazione, cura e comfort alberghiero. La rilevazione avviene durante l'anno solare, il campione appare abbastanza rappresentativo e la percentuale di ritorno dei questionari soddisfacente per poter procedere ad una analisi realistica. Gli elementi derivanti dalla elaborazione dei questionari sono elementi in ingresso per attivare processi di miglioramento e consentono di superare l'autoreferenzialità dei singoli soggetti facilitando il confronto. Reclami, attivazione e risultati della Mediazione Trasformativa costituiranno un'altra preziosa fonte per la gestione di criticità non trattate dalle barriere organizzative.

#### **D. Codice Etico – Comportamentale**

L'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, come modificato dall'art. 1, comma 44, della l. n. 190, assegna al Governo il compito di definire un Codice di comportamento dei pubblici dipendenti *“al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.”* In attuazione della delega il Governo ha approvato il D.P.R. n. 62 del 2013, recante il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Lo strumento dei codici di comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tal via, indirizzano l'azione amministrativa. Il nuovo Codice sostituisce il Codice di comportamento approvato con D.M. 28 novembre 2000. Esso contiene misure innovative in funzione della prevenzione della corruzione.

Il Codice si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, il cui rapporto di lavoro è disciplinato contrattualmente, ai sensi dell'articolo 2, commi 2 e 3 del medesimo decreto.

Per il personale in regime di diritto pubblico le disposizioni del codice assumono la valenza *“di principi di comportamento”* in quanto compatibili con le disposizioni speciali. In maniera del tutto innovativa, l'art. 2, comma 3, del Codice prevede l'estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori dell'amministrazione, dei titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del d.lgs. n. 165 del 2001 e dall'art. 1, comma 2, del Codice, l'Azienda provvederà a definire, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio O.I.V., un proprio Codice di comportamento. A tal fine, saranno considerate i criteri, le linee guida e i modelli uniformi per singoli settori o tipologie di amministrazione, indicati dalla C.I.V.I.T.. Saranno individuate regole comportamentali differenziate a seconda delle specificità professionali, delle aree di competenza e delle aree di rischio.

L'Azienda conferma la soglia orientativa dei regali di modico valore di cui all'art. 4, comma 5. Il Codice ha previsto espressamente l'obbligo di rispettare le misure contenute nel P.T.P.C. e di prestare collaborazione nei confronti del responsabile della prevenzione. Il Codice dovrà anche contenere una specifica disciplina per i dirigenti, compresi quelli "a contratto" e il personale che svolge una funzione equiparata a quella dirigenziale nell'ambito degli uffici di diretta collaborazione.

Con una chiara presa di posizione che marca la differenza rispetto al passato, la l. n. 190 chiarisce che la violazione delle regole del Codice generale approvato con D.P.R. e dei Codici adottati da ciascuna amministrazione dà luogo a responsabilità disciplinare. Quindi, le norme contenute nei Codici di comportamento fanno parte a pieno titolo del "codice disciplinare".

#### **E. Albo pretorio on-line**

In applicazione della legge 69/2009, è istituito l'Albo Pretorio *on line* dei provvedimenti adottati dalla Amministrazione. A tale riguardo è pubblicato, nella sezione Amministrazione Trasparente, il procedimento relativo all'iter di pubblicazione di deliberazioni e determinazioni aziendali. Gli atti rimangono pubblicati per un periodo di 15 giorni, agli stessi il programma assegna un numero di repertorio a garanzia della pubblicazione. Le modalità di pubblicazione sono conformi a quanto previsto dalle linee guida dell'Autorità garante della protezione dei dati personali.

#### **F. Carta dei Servizi**

La Carta dei servizi, introdotta in Italia con la Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27 A/1994 e resa vincolante per gli enti erogatori di servizi sanitari dalla legge 273/95, costituisce uno *"strumento efficace nel riconoscimento del ruolo del cittadino, quale soggetto attivo sia in termini di partecipazione democratica alle scelte di politica sanitaria che di controllo di qualità"*. E' un documento nel quale ogni struttura si descrive, assume una serie di impegni nei confronti della cittadinanza, dichiara quali prestazioni/servizi eroga e ne evidenzia modalità e standard di qualità. La corretta e trasparente informazione permette al cittadino di effettuare una scelta consapevole tra i diversi enti erogatori. In particolare, nel settore sanitario, è lo strumento che tutela il diritto alla salute del cittadino. L'Azienda ospedaliera fa propri i principi fondamentali affinché i servizi forniti rispondano alle esigenze degli assistiti. La Carta dei Servizi, di fatto, definisce un patto fra soggetto erogatore del servizio pubblico e utente basato sulla definizione di standard di qualità ragionevoli e rilevanti per l'utente; sulla verifica del rispetto degli standard e sulla ricerca del miglioramento della qualità e della tutela degli utenti. L'Azienda Ospedaliera dei Colli, al fine di garantire l'aggiornamento costante delle informazioni al cittadino e facilitare lo scambio di informazioni all'interno della stessa azienda ed anche tra enti diversi ha predisposto la Carta dei servizi sul sito Web. Ciò consente inoltre una diminuzione dei costi per la divulgazione. (DGRC 369 del 23 marzo 2013).

La Carta dei Servizi è volta alla tutela dei diritti degli utenti e si basa su una serie di principi generali: l'uguaglianza, la parità di trattamento, l'obiettività, l'imparzialità, l'efficienza,

l'efficacia e la partecipazione. Art. 18 - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini. L'atto aziendale individua le strategie e le azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché modalità atte a consentire l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro. A tal fine, sui siti istituzionali dell'azienda, sarà prevista, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 n.18 e s.m.i., una specifica sezione ove vengono pubblicati, integralmente, gli atti amministrativi (delibere, determine, etc) e il loro accesso sarà libero e garantito.

#### **G. Conferenza dei servizi**

Ai sensi dell' art. 14, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., il direttore generale indice, almeno una volta l'anno, apposita Conferenza dei servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e per individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

Nella Conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

Alla Conferenza dei servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'*intesa con l'azienda*.

#### **H. Comunicazione - Audit Civico**

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. Attraverso le attività di informazione e comunicazione le aziende possono, infatti, da una parte rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra diventare organizzazioni capaci di agire il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini.

I mutamenti nella struttura sociale hanno portato a nuove configurazioni nei rapporti interni alla società che attivano una domanda di relazione più personalizzata e richiedono alle istituzioni la capacità di fornire risposte sempre più complesse, estese e differenziate. Nel contempo una più diffusa consapevolezza dei diritti di cittadinanza modifica la relazione tra cittadini e amministrazioni.

Comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura amministrativa che funziona e che agisce in maniera coordinata. Per questo le attività di comunicazione accompagnano le strategie dell'organizzazione e si configurano come uno strumento del policy making in tutte le sue fasi, dalla individuazione dei problemi fino alla valutazione degli impatti prodotti dalle azioni amministrative.

Affinché l'Azienda possa raggiungere i propri obiettivi strategici, è necessario, quindi, adottare sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato.

In questa concezione la comunicazione interna intesa come messa in comune di esperienze, valori, responsabilità, come creazione di identità e di condivisione dei processi

organizzativi, diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica. La comunicazione interna si pone come complementare e funzionale alla comunicazione esterna, dalla quale si distingue perché veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale, da parte del pubblico interno all'azienda stessa. La circolazione del flusso di informazioni deve essere convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione, in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata. Si tratta di rendere riconoscibile il ruolo di ciascuno ma anche di comunicare come tutti concorrono al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'azienda si è data.

Al fine di garantire livelli di comunicazioni uniformi, l'Azienda predispone annualmente il piano di comunicazione. Il Piano di comunicazione è uno degli strumenti in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale. In questa accezione, dunque, il piano di comunicazione aiuta il governo della comunicazione nel senso che ne consente la finalizzazione (perché comunicare), ne individua gli attori (chi comunica e a quali destinatari), ne indica i prodotti (cosa si deve realizzare), ed indica con quali strumenti e con quali risorse si deve effettuare.

Il Piano di comunicazione è, quindi, uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'azienda. E' finalizzato al perseguimento di tre possibili obiettivi:

- in primo luogo, quello strategico, in quanto può aiutare l'organizzazione nell'implementazione delle proprie politiche;
- in secondo luogo, la facilitazione della convergenza tra le logiche della comunicazione interna e quelle della comunicazione esterna dell'azienda, favorendo quella che si può definire come comunicazione integrata;
- in terzo luogo, quello di incentivare la costruzione di relazioni bidirezionali tra l'organizzazione e i suoi pubblici di riferimento. Si tratta di relazioni consapevoli e costanti nel tempo, non casuali o episodiche, finalizzate alla coproduzione di senso e significati nello scambio comunicativo tra l'azienda e i suoi destinatari.

Intendere il Piano di comunicazione nella sua dimensione processuale significa non ridurlo a semplice documento che elenca le azioni comunicative dell'azienda, ma pensarlo come un processo che attraversa l'azienda stessa, che la coinvolge interamente e la modifica nelle sue modalità organizzative.

La diffusione dei supporti tecnologici, con un riferimento particolare alle tecnologie informatiche, ha aumentato di gran lunga le potenzialità offerte dalla comunicazione in termini di capillarità di velocità di diffusione del messaggio. Pertanto, nel Piano di Comunicazione devono essere previsti lo sviluppo di varie soluzioni tecnologiche per scambiare informazioni e attivare relazioni, sia all'interno dell'Azienda, sia con i cittadini.

L'Audit Civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione, da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie aziendali. E', infatti, una metodologia che ha la finalità di

promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

Il processo di Audit Civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalle Aziende, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

L' Azienda si impegna a promuovere, in via sperimentale, progetti di Audit Civico, coordinandoli con le iniziative che saranno assunte a livello regionale.

#### **G. Carta dei diritti del malato**

L'Azienda ha adottato nel 2002 la Carta dei diritti del malato, strumento utile a far conoscere e rendere consapevole il cittadino sul diritto alla salute costituzionalmente sancito, che garantisce una serie di diritti di ordine generale che permettono di rendere concreta la tutela spettante al cittadino quali ad esempio, il diritto all' informazione e alla documentazione sanitaria.

#### **H. Piano della Performance**

Il Piano triennale della performance ha l'intento di far conoscere ai cittadini ed agli stakeholder l'attività ed il lavoro svolto dall'Azienda, le attività programmate, i progetti strategici, gli obiettivi aziendali al fine di favorire il confronto e la valutazione sull'operato dell' amministrazione. Il Piano triennale, seguito da piani annuali, tende all'armonizzazione degli strumenti e al monitoraggio della attività dell'amministrazione dal punto di vista strategico, programmatico e di gestione. Il processo di programmazione e controllo è alla base del sistema organizzativo e coinvolge l'intera struttura, agendo sui tre livelli: performance organizzativa dell'Azienda, performance organizzativa delle unità operative, performance individuale. Il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

#### **I. Ascolto degli stakeholder**

Ai fini di garantire il principio di usabilità delle informazioni e nell'ottica di un costante ed adeguato processo di aggiornamento e di monitoraggio dell'efficacia del Programma Triennale, è necessario che l'Azienda raccolga il feedback dei cittadini e degli stakeholder sul grado di utilità e completezza dei dati pubblicati e sui reclami e suggerimenti segnalati.

L'individuazione degli stakeholder interni ed esterni consente di ottenere un quadro rappresentativo dei diversi interessi e di agire scelte consapevoli e mirate nella strategia aziendale. L'URP aziendale è chiamato ad intensificare la sua funzione di ascolto parimenti agli organismi aziendali deputati all'ascolto del cliente interno. L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti.

Lo stesso è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al direttore generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione deve essere accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi.

L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini e deve periodicamente trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.

#### **L. Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.**

L'Azienda, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.L.vo 165/2001 e s.m.i., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per i bilanci, il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG) che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni. Il Comitato unico di garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consiglieria od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità,

di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

#### **L. Iniziative della trasparenza**

L'Azienda, al fine di garantire un adeguato livello di trasparenza, legalità e sviluppo della cultura dell'integrità, si propone di realizzare attività rivolte a tutto il proprio personale attraverso l'organizzazione di incontri in materia di trasparenza ed integrità. A tale proposito verrà utilizzata la rete Intranet Aziendale per la diffusione e la pubblicazione di contenuti aventi ad oggetto materia di trasparenza e buone prassi raggiunte.

La rilevazione del livello di interesse dei cittadini sui dati pubblicati sarà gestita attraverso questionari ad hoc inseriti on-line, aggiornamenti via mail sul livello di attuazione del programma e sulle buone prassi raggiunte, azioni formative da parte dei dirigenti gestori dei dati. Nell'ottica del collegamento con il Piano triennale per la prevenzione della Corruzione, verranno previsti momenti divulgativi dedicati alla diffusione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, di cui il presente Piano è una specifica sezione, in tutti i Presidi Aziendali e rivolte a tutto il personale, anche universitario, presente in Azienda, anche attraverso la pianificazione della Giornata della trasparenza. (Linee Guida CIVIT Delibera n. 105/2010). Verranno trattati gli argomenti sui contenuti generali del PTPC e del presente Programma, sull'importanza del rispetto delle indicazioni in essi contenute, sulle fattispecie di reato, sulle sanzioni previste.

Viene allegata tabella contenente la struttura delle informazioni presenti nel sito Amministrazione Trasparente, così come indicato dall'allegato al D.Lgs. n. 33/2013.

## **Allegato**

### **Programma triennale per la trasparenza e l'integrità**

#### **Piano Azioni 2015/2016**

*Il D-Lgs 33/2013 e le delibere a seguito emanate dall'Anac, in particolare la delibera n. 50/2013, hanno evidenziato una serie di innumerevoli obblighi di pubblicazione di dati relativi all'attività amministrativa delle pubbliche amministrazioni. Secondo il recente Rapporto sul primo anno di attuazione della L. 190/2012 diffuso dall'Anac a fine dicembre 2013, il numero degli obblighi ammonta complessivamente a circa 270. Nell'attuazione delle disposizioni normative, oltre alla numerosità degli obblighi, bisogna considerare la stringente tempistica di attuazione, le difficoltà interpretative e applicative, il susseguirsi di indicazioni operative contrastanti, nonché la scarsità di risorse umane e materiali.*

*Nonostante questo difficile quadro, l'Amministrazione ha provveduto nel corso del 2014 a un coordinamento di tutti i Servizi, con la collaborazione dei Dirigenti, al fine di provvedere alla pubblicazione dei dati di maggiore utilità per i cittadini e in particolare per gli stakeholders dell'Azienda Ospedaliera. Per il dettagliato resoconto dei dati pubblicati nel corso del 2013/2014 si rinvia alla già citata Relazione sulle attività 2014.*

*È necessario evidenziare che gli imperativi normativi hanno talvolta compromesso il vero significato e scopo della trasparenza, costringendo le Amministrazioni a provvedere a pubblicazioni frettolose e incomplete in vista dei monitoraggi scadenziati degli OIV, secondo le previsioni emanate di volta in volta dall'Anac (delibere 71 e 77/2013 e successive modifiche). Al fine di salvaguardare la qualità dei dati pubblicati, con l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità approvato dalla Direzione Strategica Aziendale a Gennaio 2014, si era provveduto a schedulare gli obblighi di pubblicazione in un calendario che riportava anche le competenze dei rispettivi Servizi/Strutture. Nonostante questo accorgimento, la mole di informazioni da gestire ha portato a forme di pubblicazione non sempre esattamente in linea con la normativa. Il 2015 sarà quindi dedicato, oltre all'assolvimento degli obblighi già previsti e ai necessari aggiornamenti periodici, alla revisione e al perfezionamento di quanto pubblicato nel corso del 2014 anche attraverso una integrazione di un nuovo software gestionale maggiormente rispondente agli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia.*

*Trascorso quasi un anno dall'entrata in vigore del D.Lgs 33/2013, appare evidente che le problematiche sopra evidenziate e in particolare l'esorbitante numero di obblighi in contrapposizione alla carenza di risorse dedicate, non ha consentito di ottemperare alla ratio della legge, ponendo necessariamente in secondo piano i veri obiettivi: la trasparenza come strumento di prevenzione e controllo dei fenomeni corruttivi e, soprattutto, come forma di comunicazione tra pubblica amministrazione e cittadino. Una trasparenza che sia quindi utile, fattiva, comprensibile e partecipata.*

*Il PTI deve perciò garantire un adeguato livello di trasparenza, ove "adeguato" corrisponda più alle esigenze degli utilizzatori che all'ottemperanza degli obblighi normativi, e favorire la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità. Come sottolineato a più riprese durante i tavoli tecnici del gruppo di comunicatori pubblici "Trasparenza comunicativa", organizzati da Formez PA, per "evitare che la trasparenza si risolva in un groviglio di norme e in mero adempimento,*



occorre considerarla ed impostarla come un servizio al cittadino, che metta al centro i suoi bisogni”. Questo è il vero motivo che soggiace alla pubblicazione dei dati e questo è l’obiettivo che il Responsabile si pone per il triennio 2014/2016.

- ✓ **monitorare** l’effettiva pubblicazione e **aggiornamento dei dati** secondo lo scadenziario indicato in tabella sarà introdotta una procedura di **verifica periodica (semestrale)** sull’attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione e all’assolvimento degli obblighi di pubblicazione

**Tabella Obiettivi di trasparenza ulteriori**

| <b>Obiettivi</b>                                              | <b>Misure</b>                                                         | <b>Competenza</b>                 | <b>Periodo</b>                     |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Monitoraggio obblighi di pubblicazione                        | Verifica semestrale dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione | Unità di personale anticorruzione | 30/06/2015<br>semestrale           |
| Trasparenza comunicativa                                      | Pubblicazione dati in formato graficamente friendly (.pdf)            | Dirigente Aree interessate        | Tempestivo<br>(secondo occorrenza) |
| utilizzo e diffusione della poste certificate (PEC)           | Verifica semestrale dell’assolvimento                                 | Sistema Informativo Aziendale     | 2015/2016                          |
| Raccolta in tempo reale dei dati secondo le indicazioni ANAC  | Verifica semestrale Pubblicazione dati                                | Sistema Informativo Aziendale     | 2015/2016                          |
| Rispetto dei Codici di comportamento e “codice disciplinare”. | Verifica semestrale                                                   | UPD e Dirigenti UUOCC             | 30/06/2015<br>semestrale           |