

REGIONE ABRUZZO  
ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI



# PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

(legge 6 novembre 2012, n.190)

# E DELLA TRASPARENZA

(D.Lgs. 33/2013-d.Lgs 97/2016)

## 2017-2019

|   |    |
|---|----|
| SEZIONE I .....   | 5  |
| Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione .....  | 5  |
| PREMESSA.....   | 5  |
| 1. SOGGETTI ISTITUZIONALI.....  | 6  |
| 2. FONTI NORMATIVE E LINEE GUIDA PER LA REDAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ..... | 7  |
| 3. FINALITÀ GENERALI E CONTENUTI DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....                   | 9  |
| 4. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE .....  | 10 |
| 5. ANALISI DEL CONTESTO.....  | 11 |
| 6. CONTESTO ESTERNO .....   | 11 |
| Assistenza territoriale .....   | 12 |
| Continuità Ospedale – Territorio .....  | 14 |
| 7. TERRITORIO E POPOLAZIONE .....   | 15 |
| Popolazione residente in Abruzzo al 1° gennaio 2016 per età e provincia .....                                   | 15 |
| 8. LA CRIMINALITA' NEL TERRITORIO .....   | 16 |
| 9. CONTESTO INTERNO .....   | 19 |
| I Criteri della Progettazione Strategica .....  | 19 |
| Presidi ospedalieri e Rete Ospedaliera di Emergenza .....   | 20 |
| Dipartimenti ospedalieri .....  | 21 |
| Revisione della rimodulazione delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali .....               | 28 |
| Appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni erogate .....   | 28 |
| Sanità Digitale.....  | 28 |
| <b>Risorse Umane e Assetti Istituzionali</b> .....  | 29 |
| Programmazione economico Finanziaria e Finanziamento SSR.....   | 32 |
| Gare centralizzate nell'attesa costituzione di una Centrale Unica Di Committenza .....                          | 32 |
| Contenzioso sul debito di natura commerciale .....  | 33 |
| Gestione reclami .....  | 36 |
| Procedimenti disciplinari .....   | 36 |
| Conclusioni .....   | 36 |
| 10. COMPITI PRIORITARI E RESPONSABILITA' DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....               | 38 |
| <b>Ruolo degli organi di indirizzo e dei vertici amministrativi</b> .....                                       | 41 |
| <b>Ruolo degli Organismi indipendenti di valutazione (OIV)</b> .....  | 42 |
| 11. I REFERENTI DELLA PREVENZIONE.....  | 44 |
| 12. LA RESPONSABILITA' DEI DIRIGENTI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE.....  | 47 |
| 13. INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A PIÙ ELEVATO RISCHIO DI CORRUZIONE .....                                     | 49 |
| 14. IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE .....  | 51 |
| 15. LA GESTIONE DEL RISCHIO .....   | 52 |
| <b>Analisi del contesto</b> .....   | 54 |
| <b>Mappatura dei processi attuati dall'Azienda</b> .....  | 54 |
| <b>Valutazione del rischio</b> .....  | 55 |
| <b>L'analisi del rischio</b> .....  | 56 |
| <b>La ponderazione</b> .....  | 60 |
| <b>Il trattamento del rischio</b> .....   | 60 |
| <b>Il monitoraggio delle misure</b> .....   | 61 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 16. | AREE DI RISCHIO TRATTATE .....   | 62  |
| 17. | I COMPITI DEI DIPENDENTI E DEI DIRIGENTI.....  | 64  |
| 18. | CODICE DI COMPORTAMENTO .....  | 66  |
| 19. | ROTAZIONE DEL PERSONALE.....   | 68  |
| 20. | OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE.....   | 71  |
| 21. | SVOLGIMENTO DI INCARICHI D’UFFICIO – ATTIVITA’ ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI .  | 73  |
| 22. | CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITA’ O INCARICHI PRECEDENTI .....                                       | 75  |
| 23. | INCOMPATIBILITÀ SPECIFICHE PER POSIZIONI DIRIGENZIALI .....  | 76  |
| 24. | ATTIVITA’ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO .....  | 77  |
| 25. | FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E.....   | 79  |
| 26. | TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO.....   | 81  |
| 27. | LA FORMAZIONE.....   | 82  |
| 28. | PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI .....   | 84  |
| 29. | AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE.....  | 85  |
|     | SEZIONE II .....   | 87  |
|     | <i>La Trasparenza</i> .....  | 87  |
|     | PREMESSA.....  | 87  |
|     | LA TRASPARENZA .....   | 87  |
| 1.  | LE PRINCIPALI NOVITÀ.....  | 89  |
| 2.  | PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA.....   | 95  |
|     | <b>I dati</b> .....  | 95  |
|     | <b>Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza posti dagli organi di vertice</b> .....  | 97  |
|     | Si riportano gli <b>indirizzi di Posta Elettronica Certificata</b> , di cui sono dotate le UU.OO. Aziendali qui di seguito indicate: ..... | 98  |
| 3.  | I COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE.....   | 102 |
| 4.  | UFFICI E DIRIGENTI COINVOLTI PER L’INDIVIDUAZIONE DEI CONTENUTI DEL PROGRAMMA...   | 102 |
| 5.  | IL COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER E I RELATIVI RISULTATI.....  | 104 |
| 6.  | INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA .....  | 104 |
|     | <b>Iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati</b> .....                   | 104 |
| 7.  | ORGANIZZAZIONE E RISULTATI ATTESI DELLE GIORNATE DELLA TRASPARENZA .....   | 105 |
| 8.  | PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA .....   | 106 |
|     | <b>I Dirigenti responsabili della pubblicazione e dell’aggiornamento dei dati</b> .....  | 106 |
| 9.  | I REFERENTI PER LA TRASPARENZA.....  | 106 |
| 10. | MISURE ORGANIZZATIVE VOLTE AD ASSICURARE LA REGOLARITÀ E LA TEMPESTIVITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI .....                                      | 107 |
| 11. | SISTEMA DI MONITORAGGIO E INDIVIDUAZIONE DEI DIRIGENTI RESPONSABILI .....  | 107 |
| 12. | RILEVAZIONE DELL’EFFETTIVO UTILIZZO DEI DATI DA PARTE DEGLI UTENTI DELLA SEZIONE “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE” .....                       | 109 |
| 13. | MISURE PER ASSICURARE L’EFFICACIA DELL’ISTITUTO DELL’ACCESSO CIVICO .....  | 109 |
| 14. | “DATI ULTERIORI” .....   | 110 |
| 15. | TERMINI E MODALITÀ DI ADOZIONE DEL PIANO DA PARTE DEGLI ORGANI DI VERTICE.....   | 111 |
| 16. | DISPOSIZIONI FINALI.....   | 111 |

|                 |             |  |
|-----------------|-------------|--|
| <b>ALLEGATO</b> | <b>N° 1</b> | <b>CATALOGO DEI PROCESSI MAPPATI E RELATIVE MISURE</b> |
| <b>ALLEGATO</b> | <b>N° 2</b> | <b>TABELLA MISURE OBBLIGATORIE E SPECIFICHE</b>        |
| <b>ALLEGATO</b> | <b>N° 3</b> | <b>TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE</b>               |

## SEZIONE I

# Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione

## PREMESSA

La ASL Lanciano Vasto Chieti adotta il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ( PTPCT ) 2017-2019 provvedendo all'aggiornamento di quello già adottato con deliberazione n°104 del 29.01.2016 e inserendo, quindi, il Programma per la Trasparenza all'interno del PTPC, come specifica sezione, considerato che la trasparenza è uno degli assi portanti della politica anticorruzione, con la funzione di attuare efficaci strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e, più in generale , dell'illegalità all'interno della ASL e, pertanto, fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio.

Il presente Piano viene elaborato sulle indicazioni fornite dall'ANAC sia con l'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione giusta Determinazione n. 12 del 28.10.2015, documento scaturito a seguito dei seguenti interventi normativi che hanno inciso fortemente sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale, quali: la disciplina introdotta dal decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all'ANAC, nonché la rilevante riorganizzazione dell'ANAC e l'assunzione delle funzioni e delle competenze della soppressa Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (AVCP), sia con l'approvazione definitiva del PNA 2016 approvato con determinazione n°831 del 03.08.2016, il primo predisposto e adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione , ai sensi dell'art. 19 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, in linea con le rilevanti modifiche legislative intervenute recentemente in particolare, col decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, *«Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche»* (di seguito d.lgs. 97/2016).

l'ANAC ha voluto, pertanto, segnalare alle PA la necessità di concentrarsi sulla effettiva individuazione e attuazione di misure concrete e verificabili e, quindi, in grado di incidere sui fenomeni corruttivi.

Il PTPC rappresenta lo strumento attraverso il quale sono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione ed ha valenza programmatica in quanto tutte le previsioni in esso contenute potranno essere oggetto di aggiornamento o revisione. Pertanto, l'adozione del Piano non si configura come un'attività ultimata e definitiva, bensì come un insieme di processi che gradualmente possono essere modificati, integrati e migliorati in riferimento ai risultati ottenuti, al fine di realizzare un sistema di interventi organizzativi volti alla prevenzione e al contrasto del rischio della corruzione sempre più rispondente alle esigenze della ASL.

Infatti, con l'aggiornamento del presente PTPC si individuano ulteriori processi di aree già mappate nonché, a seguito dell'analisi dei risultati conseguiti, si consolidano ed implementano obiettivi ed azioni fatti propri dalla ASL nel corso del 2016.

## 1. SOGGETTI ISTITUZIONALI

L'attuazione della legge 190/2012 è demandata, in particolare, ai seguenti soggetti istituzionali:

- **A.N.A.C. ( ex CIVIT) Autorità Nazionale Anticorruzione** alla quale l'art. 19, co. 15 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 «*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari*» trasferisce le funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di prevenzione della corruzione, di cui all'articolo 1 della legge 6 novembre 2012 n. 190 e a cui competono le funzioni di cui all'art. 1, commi 2 e 3, della L. 190/2012 ed in particolare approvare il Piano Nazionale Anticorruzione;
- **La Conferenza Unificata ed il Comitato Interministeriale** in quanto, in virtù dell'art. 1, co. 2-*bis* della l. 190/2012, introdotto dal d.lgs. 97/2016, il Piano nazionale anticorruzione (PNA) è adottato sentiti il Comitato interministeriale di cui al comma 4 della medesima legge e la Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
- I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno di ciascuna amministrazione sono:

- **L'Autorità di indirizzo politico**, cui compete nominare il Responsabile Aziendale della prevenzione della corruzione e approvare il Piano aziendale triennale della prevenzione della corruzione;
- **Il Responsabile Aziendale della Prevenzione della corruzione** cui compete, in particolare, proporre all'organo di indirizzo politico l'adozione del piano anticorruzione, svolgere i compiti indicati nella circolare del DFP n°1/2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità (art.15 d. lgs. N°39/2013 ), definire le procedure per selezionare e formare il personale operante in settori esposti alla corruzione; elaborare la relazione annuale sull'attività svolta, assicurarne la pubblicazione;
- **I Referenti per la prevenzione** per l'area di rispettiva competenza, che svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione;
- **Tutti i Dirigenti** per l'area di rispettiva competenza che , in particolare, svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria, partecipano al processo di gestione del rischio, propongono le misure di prevenzione, osservano le misure contenute nel piano;
- **Gli OIV e gli altri organismi di controllo interno** che partecipano al processo della gestione del rischio, svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza;
- **L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)**, che provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e propone l'aggiornamento del codice di comportamento;
- **Tutti i dipendenti dell'amministrazione** che partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPC e segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD.

## 2. FONTI NORMATIVE E LINEE GUIDA PER LA REDAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il presente documento costituisce il piano triennale di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale Lanciano-Vasto-Chieti elaborato:

- in applicazione delle legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- nel rispetto dei relativi decreti attuativi:
  - a) Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, recante “Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell’art.1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
  - b) Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n.33, recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
  - c) Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39, recante “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n.190”;
  - d) Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, avente ad oggetto “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”, entrato in vigore in data 19 giugno 2013;
- in osservanza delle intese in sede di Conferenza unificata e, in particolare, della intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’art.1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- in osservanza della circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013 , avente ad oggetto “legge n. 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- in osservanza delle circolari, delle linee guida, delle direttive e delle delibere del Dipartimento della Funzione Pubblica e dell’ Autorità Nazionale Anticorruzione;
- nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione approvato in data 11 settembre 2013 dall’Autorità Nazionale Anticorruzione e predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica.



- nel rispetto dell'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 e del PNA 2016, determinazione n° 831 del 03.08.2016;
- nel rispetto del decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, *«Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.*

### 3. FINALITÀ GENERALI E CONTENUTI DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La legge disciplina i contenuti dei Piani (art.1, comma 9, l. 190/2012) da adottare da parte delle pubbliche amministrazioni, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dal decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001;
- previsione, per le attività individuate come maggiormente a rischio di corruzione, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- previsione di obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- la verifica , d'intesa col dirigente competente, della rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti a rischio di corruzione, con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture;
- monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
- individuazione degli obblighi di trasparenza ai sensi del d. lgs. 33/2013, così come modificato e integrato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97;
- attuazione delle disposizioni di cui al d. lgs 39/2013.

## 4. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

Il concetto di corruzione rilevante ai fini del piano anticorruzione, così come definito dal Dipartimento della Funzione Pubblica con circolare n.1/2013, è un concetto ampio “comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri l’abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, che come noto è disciplinata negli art.318, 319 e 319 ter, c.p. e sono tali da comprendere non solo l’intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite”.

Infatti, l’Autorità nell’aggiornamento 2015 al PNA, ha focalizzato l’attenzione sulla nozione di corruzione in senso ampio, ribadendo che il fenomeno non venga circoscritto alla fattispecie descritta nel codice penale, ma venga estesa anche alla cosiddetta “maladministration”, cioè alla “assunzione di decisioni( di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell’interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell’interesse pubblico e pregiudicano l’affidamento dei cittadini nell’imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse”. Risulta, dunque, fondamentale l’ampliamento della nozione di corruzione per attivare le politiche della prevenzione e incidere sulle cause già prima che il fenomeno si manifesti.

Pertanto è necessaria una attenta e rigorosa applicazione delle procedure di verifica delle attività, stabilendo regole e condotte per l’attuazione di un modello organizzativo interno che permetta di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole e, quindi, faciliti l’osservanza delle stesse e conseguentemente si mettano in atto tutte le attività necessarie per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità in ambito aziendale, come richiesto dalla legge n. 190/2012.

## 5. ANALISI DEL CONTESTO

L'aggiornamento 2015 PNA effettuato dall'ANAC con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, ha evidenziato che "la prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne".

Infatti, l'analisi del contesto esterno ed interno è una fase molto importante ai fini della definizione di misure adeguate a contrastare i rischi corruttivi, poiché il PTPC viene in tal modo contestualizzato e definita la strategia di prevenzione con le relative misure individuate secondo le specifiche criticità.

Premesso che la realtà italiana si presenta piuttosto disomogenea per quanto riguarda la distribuzione territoriale della corruzione, per sviluppare una strategia di prevenzione non si può, dunque, prescindere da un'analisi dello specifico contesto, pertanto, con l'analisi di seguito riportata, si illustrano gli elementi maggiormente significativi. Riguardo al contesto esterno, si farà riferimento all'ambito territoriale della regione Abruzzo, in particolare della provincia di Chieti.

## 6. CONTESTO ESTERNO

L'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano,Vasto,Chieti, istituita con delibera n. 796 del 28.12.2009 in applicazione della Legge Regionale n. 5 del 10.03.2008, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative regionali d'istituzione del Servizio Sanitario Regionale.

La sede legale è a Chieti in via Martiri Lancianesi, 17/19.

Il sito internet istituzionale è il seguente: [www.asl2abruzzo.it](http://www.asl2abruzzo.it)



Il logo aziendale ufficiale è quello di seguito raffigurato:

Il patrimonio dell'azienda è costituito da tutte le risorse, materiali e immateriali, che concorrono a svolgere le attività aziendali e al perseguimento delle sue finalità istituzionali. In particolare l'Azienda dispone del patrimonio composto da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei suoi libri contabili.

L'Azienda è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del sistema sanitario della Regione Abruzzo.

In tale ambito si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

L'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano, Vasto, Chieti è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del sistema sanitario della Regione Abruzzo. In tale ambito si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti accreditati con la ASL stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale.

L'Azienda, nell'espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute, nel rispetto del principio di libera scelta del cittadino, si impegna a creare condizioni di effettiva equità nell'accesso e fruizione dei servizi per tutti i cittadini, esercitando le funzioni di controllo e di verifica sulle prestazioni offerte e monitorandone la qualità e l'appropriatezza. L'Azienda per il raggiungimento delle proprie finalità promuove e sviluppa un modello di cura basato sul primato della persona e sulla continuità assistenziale, incentrato sulla verifica della qualità e l'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni resi al cittadino, controllando che essi siano improntati ai principi della personalizzazione e umanizzazione dei trattamenti, affinché siano rispettati i bisogni e le esigenze assistenziali di ciascun utente che accede ai servizi sanitari.

## Assistenza territoriale

Al potenziamento dell'assistenza territoriale concorreranno due ex presidi ospedalieri:

- L'ex Presidio Ospedaliero San Camillo de Lellis di Atesa

- L'ex Presidio Ospedaliero M.S. Immacolata di Guardiagrele

Il primo, il Presidio Ospedaliero San Camillo de Lellis di Atesa, dopo di recepimento del Decreto Commissariale n.96/2016, è oggetto di un graduale processo di trasformazione e riorganizzazione in Ospedale di Comunità dotato di Punto di Primo Intervento, con le tempistiche previste dal DCA n. 55/2016 e dal DCA n. 79/2016. Saranno nel corso del 2017 in ogni caso garantite le varie attività ambulatoriali specialistiche, i servizi sanitari di base specialistici, il punto prelievi/POCT e i servizi di diagnostica specialistica.

Il secondo, il Presidio Ospedaliero M.S. Immacolata di Guardiagrele, già oggetto, prima di riconversione ed DCA nn. 44/2010 e 45/2010, poi di sentenza del Consiglio di Stato, del DCA n. 55/2016 (Piano di Riqualificazione) e successivamente di deliberazione di recepimento, è oggi un Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) con Punto di Primo intervento.

L'Azienda, nel processo di riorganizzazione dell'attività ospedaliera secondo le specifiche del DM 70/2015, prevede una riallocazione delle Unità Operative anche in funzione dei percorsi di integrazione tra ospedale e territorio da potenziare. Accanto al riordino delle unità operative di degenza, uno degli obiettivi principali è proprio il potenziamento dell'assistenza territoriale, anche mediante UCCP territoriali e di tutta l'assistenza derivante dall'integrazione delle strutture socio-sanitarie con l'ambito sociale.

Parallelamente, nell'ottica di riduzione dei costi e miglioramento della qualità dei servizi erogati, le Unità Operative coinvolte nelle attività di gestione amministrativa, nonché di analisi e verifica sulle prestazioni erogate saranno impegnate nello sviluppo e monitoraggio di sistemi analitici per una corretta e puntuale valutazione dell'appropriatezza delle attività sanitarie e della loro sostenibilità economica.

L'assistenza territoriale sarà inoltre assicurata dall'attività erogata attraverso :

- 8 NOD aziendali: (Chieti, Francavilla, Ortona, Lanciano, Vasto, Sangro-Aventino, Guardiagrele e Alto-Vastese)
- 3 P.T.A., Presidi Territoriali Assistenziali (Guardiagrele, con Punto di Primo Intervento, Gissi e Casoli, quest'ultima con integrata RSA),
- 1 Ospedale di Comunità (Atessa, con Punto di Primo Intervento),
- 8 Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) (nelle sedi erogative distrettuali di Casoli, Gissi, Guardiagrele, Lanciano, Vasto, Chieti, Francavilla al Mare e Ortona), la cui previsione ha l'obiettivo di assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali dei livelli essenziali di

assistenza (medicina generale tramite le AFT, assistenziale infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto e servizi sociali)

- 1 RSA ( in corso di autorizzazione ed accreditamento) a Casoli ( integrata con il PTA)
- 2 Hospice: a Lanciano e Torrecchia Teatina

## Continuità Ospedale – Territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera comprende di fatto lo sviluppo delle strutture territoriali, sia dal punto di vista assistenziale, con riferimento cioè a quelle prestazioni che erogate nel luogo e nel setting corretto rendono l'utilizzo dell'ospedale più appropriato, sia di quello organizzativo, dato che il luogo dell'erogazione coincide con la struttura fisica dell'ex presidio, come specificamente previsto dal D.M. n.70/2015. E' il caso dei PTA di Casoli, Gissi, Guardiagrele, ma anche della struttura di Atessa in corso di progressiva conversione.

## 7. TERRITORIO E POPOLAZIONE

### Popolazione residente in Abruzzo al 1° gennaio 2016 per età e provincia

In Italia nel 2016 le persone ultra65enni sono il 22,0% della popolazione, 19,6% tra gli uomini e il 24,4% tra le donne. Dal 2002 al 2015 l'invecchiamento della popolazione è cresciuta del 20%, a questo ritmo nel 2065 il 32,6% (un terzo) della popolazione avrà + di 65 anni. In Abruzzo la quota degli ultra65enni attualmente è il 22,9% (19,5% tra gli uomini e 25,2% tra le donne), in provincia di Chieti la percentuale è più alta, 23,8% (20,5% tra gli uomini e 25,8% tra le donne). Nell'Area Interna Basso Sangro Trigno la popolazione  $\geq 65$  anni è già a livelli del 2065 (31,1% in totale, 28,2% per gli uomini e 33,8% per le donne).

|                | 0-14           | 15-29          | 30-64          | 65-84          | 85 e più      | % 65 e +     | Totale           |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|--------------|------------------|
| L'Aquila       | 36.761         | 45.695         | 151.047        | 57.418         | 12.318        | 23,0%        | 303.239          |
| Teramo         | 40.021         | 47.984         | 153.161        | 58.265         | 10.908        | 22,3%        | 310.339          |
| Pescara        | 43.324         | 48.379         | 157.799        | 61.026         | 11.445        | 22,5%        | 321.973          |
| Chieti         | 48.948         | 58.285         | 190.706        | 77.628         | 15.395        | 23,8%        | 390.962          |
| <b>Totale</b>  |                |                |                |                |               |              |                  |
| <b>Abruzzo</b> | <b>169.054</b> | <b>200.343</b> | <b>652.713</b> | <b>254.337</b> | <b>50.066</b> | <b>22,9%</b> | <b>1.326.513</b> |

**Popolazione  
residente  
1.326.513**  
Maschi 49%  
Donne 51%

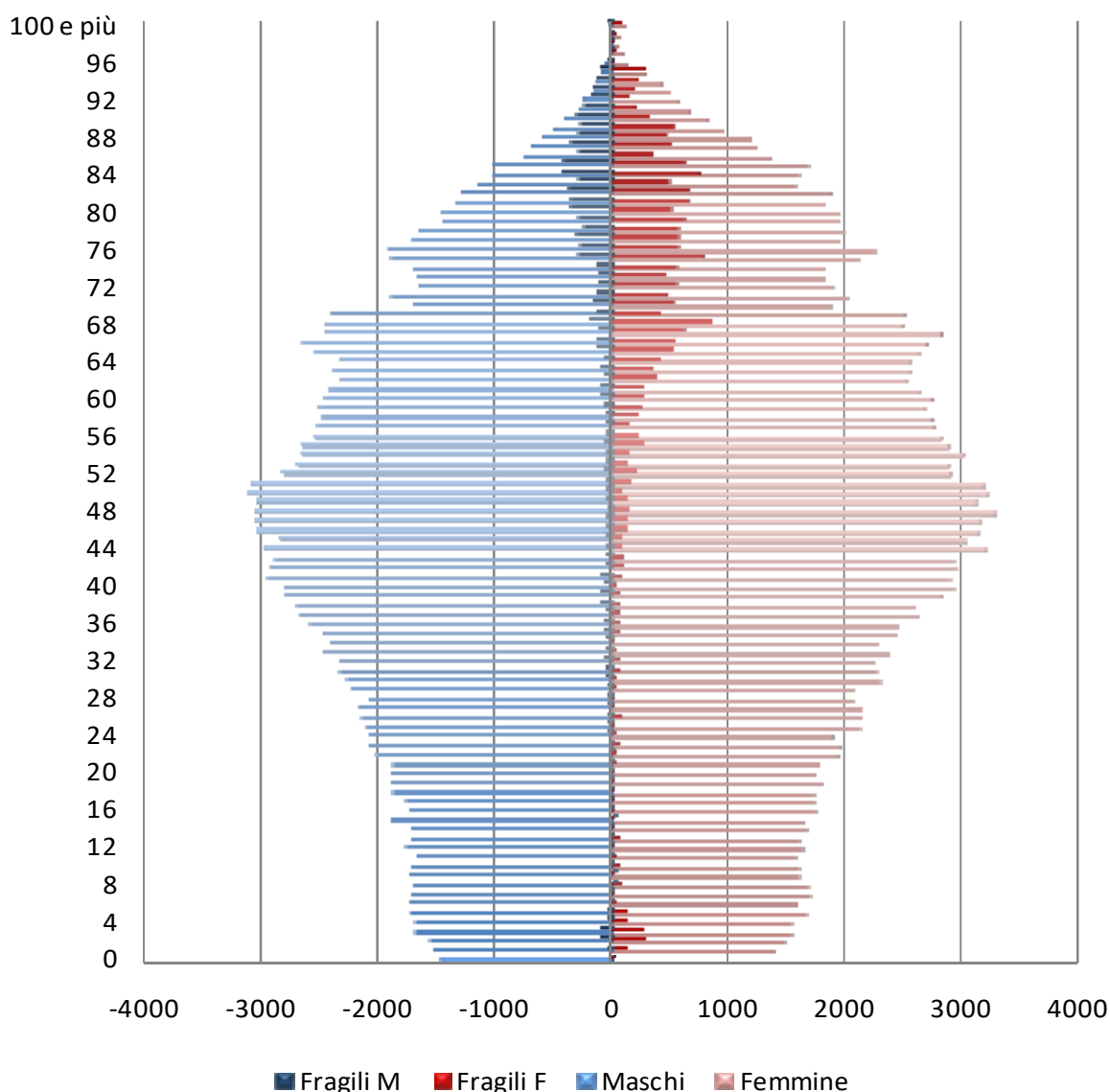
**Over 65 22,9%**

|                | Maschi         | Femmine        | Totale           | %           |
|----------------|----------------|----------------|------------------|-------------|
| L'Aquila       | 149.122        | 154.117        | 303.239          | 22,9%       |
| Teramo         | 151.539        | 158.800        | 310.339          | 23,4%       |
| Pescara        | 154.813        | 167.160        | 321.973          | 24,3%       |
| Chieti         | 189.978        | 200.984        | 390.962          | 29,5%       |
| <b>Totale</b>  |                |                |                  |             |
| <b>Abruzzo</b> | <b>645.452</b> | <b>681.061</b> | <b>1.326.513</b> | <b>100%</b> |

**Periodo 2002  
2015  
invecchiamento  
popolazione  
cresciuto del  
20%**

La piramide di età (rappresentazione grafica della popolazione per età e genere), più che assomigliare ad una costruzione a base larga che decresce verso la punta è descritta meglio dalla figura di un albero sequoia (base stretta, grosso tronco e cima a punta), una rappresentazione dello scenario futuro: la metà della popolazione (il 48,8% della popolazione, quella produttiva da 30 a 64 anni) fra 30 anni andrà a coprire la fascia di popolazione da 60 a 90 anni, diventando una grande chioma sorretto da un tronco sottile (speriamo longevo e forte come i sequoia).

## Piramide dell'età in Provincia di Chieti (in scuro i soggetti fragili) 2016



### 8. LA CRIMINALITA' NEL TERRITORIO

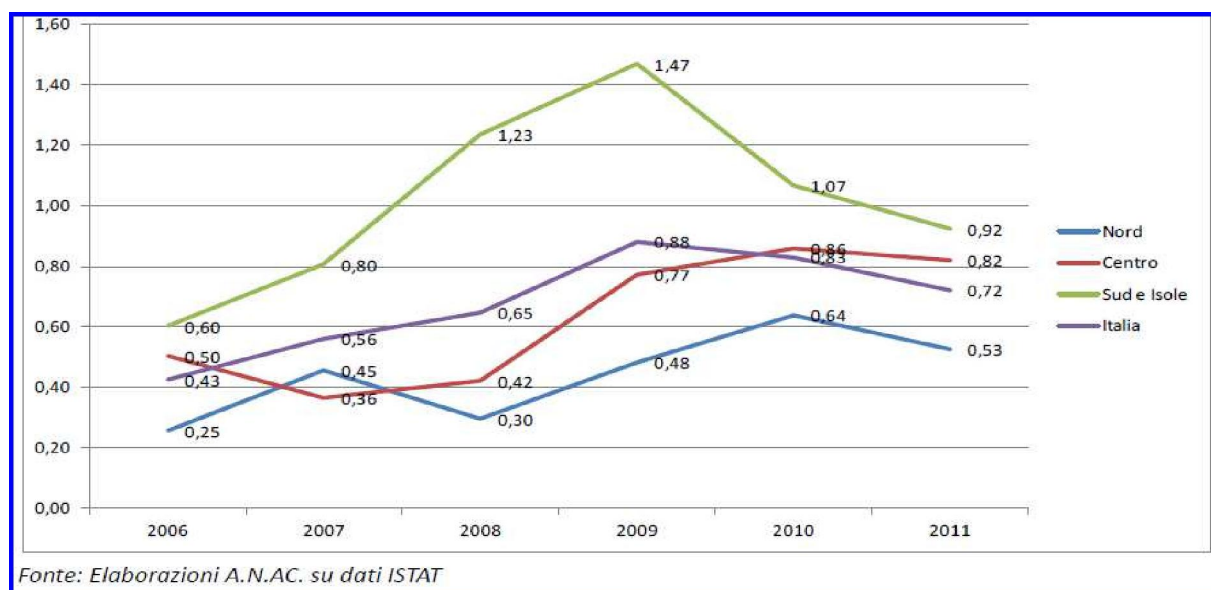
Come evidenziato dall'ANAC nel documento "Corruzione sommersa e corruzione emersa in Italia: modalità di misurazione e prime evidenze empiriche", le statistiche giudiziarie possono dare un contributo informativo importante per migliorare la conoscenza del fenomeno corruttivo data la loro natura oggettiva. Infatti, l'analisi della corruzione richiede l'utilizzo di misure precise e affidabili che consentano di fornire un fondamento empirico all'analisi delle cause e degli effetti della corruzione in contesti territoriali sia nazionali sia locali, nonché alla definizione di politiche di



prevenzione che siano adeguate alla dimensione del territorio e alle specificità del fenomeno.

Per l'analisi si è, quindi, fatto riferimento agli studi effettuati dal Saet (Servizio Anticorruzione e Trasparenza) e alle ulteriori elaborazioni dell'ANAC relative ai soli reati di corruzione e concussione risultanti dalle denunce e sentenze rispettivamente presentate e pronunciate nel periodo 2006-2011, che hanno evidenziato una sostanziale differenza nella distribuzione del fenomeno della corruzione nelle varie aree geografiche.

**Reati di corruzione per i quali è stata avviata azione penale per ripartizione geografica (2006-2011)**  
(valori per 100.000 abitanti)



Di particolare interesse si rivela l'analisi quali-quantitativa condotta dall'ANAC, in un non più recentissimo studio che tuttavia appare ancora oggi significativo, delle sentenze pronunciate dalla Corte dei Conti nel periodo 2001-2012 per i reati di concussione (317 c.p.), corruzione per un atto d'ufficio (318 c.p.), corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (319 c.p.), corruzione in atti giudiziari (319 ter c.p.), corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (320 c.p.) e istigazione alla corruzione (322 c.p.).

Di particolare interesse sono, inoltre, le pronunce delle Sezioni giurisdizionali della Corte dei Conti in materia sanitaria che occupano, anche per il 2015, un ampio spazio nell'ambito delle sentenze emanate in materia di responsabilità amministrativa.

In particolare, per quanto concerne le pronunce emesse dalla Corte in sede di appello, nel 2015 viene fatto rilevare che si sono avute 76 sentenze di cui 48 (oltre il 70%) di condanna al risarcimento del danno in favore dell'Erario.

Per quanto, invece, attiene le pronunce emesse dalla Corte in primo grado, si sono avute

complessivamente n.170 sentenze di cui 114 di condanna al risarcimento del danno (anche qui oltre il 70%).

La corruzione è un fenomeno estremamente complesso, difficile da definire e ancor più da misurare, per contrastarla è dunque necessario conoscere il fenomeno nelle sue molteplici manifestazioni per poter orientare efficacemente le metodologie, gli strumenti e le pratiche previsti dal quadro normativo in base alle caratteristiche dello specifico contesto giuridico, istituzionale e socioeconomico.

Pertanto, al fine di rafforzare la collaborazione e le sinergie istituzionali nel più generale interesse pubblico, ANAC e Istat hanno elaborato, nel 2016, un protocollo d'intesa per la condivisione di conoscenze, dati, metodologie di analisi e buone pratiche e per contribuire a una migliore conoscenza del fenomeno corruttivo.

Nell'ultima relazione sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica presentata dal Ministro dell'Interno al Parlamento nel gennaio 2016, "in Abruzzo non si registra il radicamento di organizzazioni criminali di tipo mafioso".

"L'attività investigativa ha, tuttavia, permesso di documentare l'operatività di soggetti legati a gruppi della Criminalità organizzata pugliese sulla fascia costiera o riconducibili a clan della Camorra nella zona meridionale della provincia di L' Aquila.

Per quanto concerne la criminalità di matrice etnica, accanto alla ormai stabile e prevalente presenza di gruppi slavo-albanesi, articolati in bande a forte connotazione familiare, si registra quella di sodalizi nordafricani, nigeriani e sudamericani, i cui interessi criminali, perseguiti anche in composizione multi-etnica o con la compartecipazione di soggetti locali, spaziano dai delitti contro il patrimonio al traffico di stupefacenti, dal favoreggiamento dell'immigrazione clandestina alla tratta di giovani donne finalizzata al loro sfruttamento sessuale."

La ASL Lanciano Vasto Chieti insiste nel territorio della provincia di Chieti dove risulta che la situazione "non presenta particolari criticità. Tuttavia, la posizione geografica e la facilità di collegamenti stradali e ferroviari con la Puglia e la Campania sono condizioni in grado di agevolare, specie nella zona meridionale del territorio, la penetrazione di consorterie criminali delle vicine regioni, attive soprattutto nel settore del traffico di sostanze stupefacenti e nello sfruttamento della prostituzione.

D'altra parte, l'aumento degli scambi commerciali ha qualificato l'importanza degli scali portuali di Vasto ed Ortona (CH), divenuti snodi alternativi alle rotte dei traffici di stupefacenti e della tratta di esseri umani, grazie anche alla facilità e all'intensità dei collegamenti con i Paesi posti

sull'altra sponda dell'Adriatico, naturale sbocco dei Balcani occidentali. La provincia costituisce, inoltre, principale via di facilitazione per i traffici diretti al nord e al sud del Paese.”

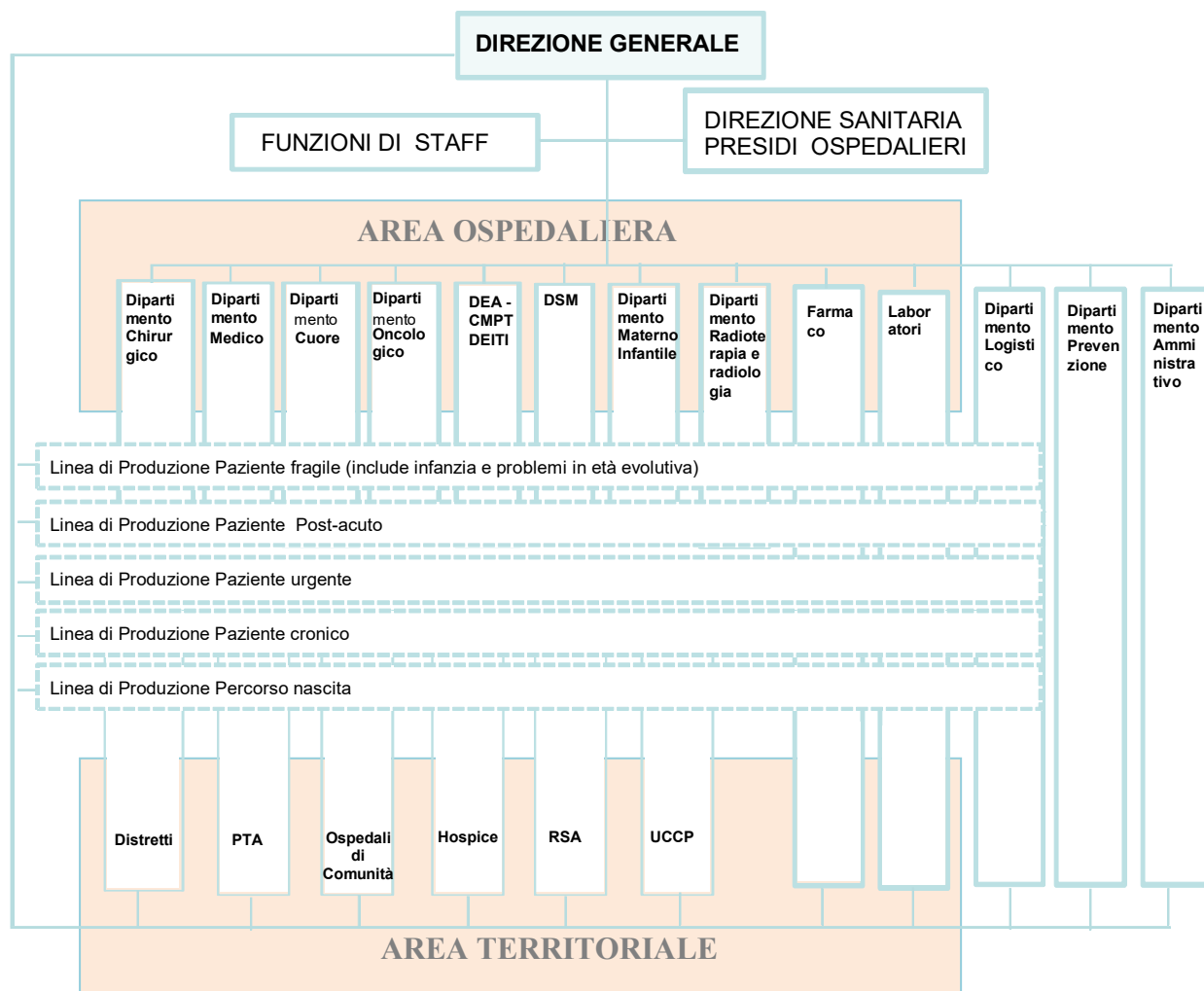
Si è provveduto, inoltre, ad attivare una **consultazione pubblica** per l'aggiornamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2017-2019 della ASL Lanciano Vasto Chieti, al fine di elaborare una efficace strategia anticorruzione, con una procedura aperta a forme di consultazione/partecipazione pubblica. Sono state invitate, dunque, le organizzazioni sindacali operanti all'interno della ASL, tutte le associazioni o altre forme di organizzazioni portatrici di interessi collettivi che operano nel settore, nonché tutti i soggetti che operano e usufruiscono delle attività e dei servizi prestati dall' Azienda, a far pervenire proposte ed osservazioni in merito all'aggiornamento dei Piani, con l'utilizzo di apposito modello allegato.

## 9. CONTESTO INTERNO

### I Criteri della Progettazione Strategica

Per porre in essere un qualsiasi cambiamento non basta agire sulla sola dimensione organizzativa ma è necessario risolvere problemi di integrazione tra servizi, di comunicazione, di motivazione e senso di appartenenza degli operatori. Facendo leva sull'autonomia organizzativa dell'Azienda è necessario rispondere alle necessità ed ai fabbisogni specifici con lo scopo di ridurre i vincoli e le criticità dell'assetto organizzativo mediante processi di riorganizzazione che coinvolgano sia la dimensione orizzontale che quella verticale. E' fermo intendo dell'Azienda contrastare i fenomeni di decrescita del capitale umano e la perdita di fiducia da parte degli utenti quali conseguenze di dinamiche evolutive non governate. Oltre che impegnarsi sul fronte dello sviluppo del senso di appartenenza e della condivisione dei principi di base, lo sforzo è quindi teso al processo di responsabilizzazione di tutti coloro che rivestono ruoli dirigenziali e di responsabilità, nella convinzione che sia necessario un coinvolgimento pro-attivo nei processi di governo che vadano aldilà della sfera tecnico-professionale. La struttura organizzativa e di responsabilità attuale e la sua prossima evoluzione, alla luce del nuovo Atto Aziendale, non può che tenere conto dello sviluppo dei processi di responsabilizzazione anche sotto il profilo organizzativo.

## Le Articolazioni organizzative:



## Presidi Ospedalieri e Rete Ospedaliera di Emergenza

I principi fatti propri dall'Azienda sono quelli sanciti dal DCA 79/2016 di riordino della rete ospedaliera della Regione Abruzzo che prevedono non un secco adeguamento ai dettami in termini di obiettivi di programmazione ospedaliera e di parametri fissati dal D.M. 70/2015, ma la rimodulazione dell'offerta senza necessariamente contemplare la sua riduzione. Il riordino dell'offerta ospedaliera appare fortemente condizionato dalle caratteristiche logistico-strutturali dei singoli presidi e dallo stato di avanzamento di lavori di ristrutturazione, ampliamento e consolidamento di alcune strutture aziendali.

In base alle previsioni dell'applicazione dei criteri del D.M n. 70/2015 l'assistenza ospedaliera verrà fornita tramite 3 presidi classificati come DEA di I° livello:

- Presidio Ospedaliero SS. Annunziata di Chieti (con la previsione di una connessione funzionale del presidio di Chieti con il Presidio di Pescara per un DEA di II° livello), con funzione di Hub
- Presidio Ospedaliero F. Renzetti di Lanciano (con attivazione della Disciplina di Otorinolaringoiatria), con funzione di Spoke;
- Presidio Ospedaliero San Pio da Pietralcina di Vasto, con funzione di Spoke;

e un presidio che, non avendo i requisiti richiesti dal D.M n. 70/2015, non risponde agli standard di Ospedale sede di pronto soccorso: il Presidio Ospedaliero G. Bernabeo di Ortona.

Questo vedrà, nel corso del 2017 l'attuazione delle specifiche previsioni del DCA n.79/2016 con la trasformazione organizzativa in Polo Ospedaliero che costituisce un'articolazione organizzativa e funzionale del Presidio di Chieti. Le attività erogate riguarderanno da un lato le prestazioni assistenziali di ricoveri programmati ed in elezione, dall'altro le specifiche attività assistenziali delle discipline ad organizzazione dipartimentale quali Breast Unit, Oncologia Ginecologica e Ortopedia Protesica.

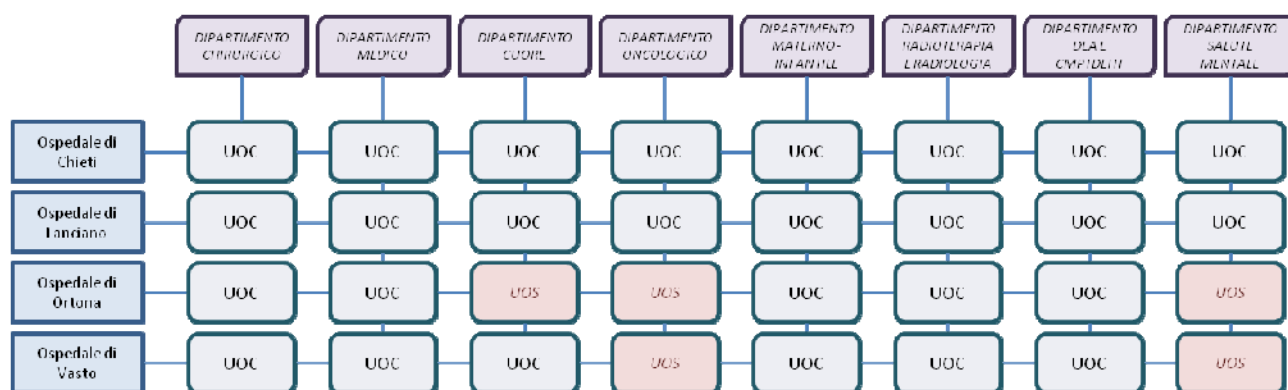
Con lo scopo dell'abbattimento delle liste di attesa verranno sperimentati nuovi modelli gestionali quali il Week Hospital.

## Dipartimenti ospedalieri

La programmazione dell'assistenza ospedaliera segue una logica dipartimentale secondo il modello individuato dal D.Lgs n.502/1992, con criteri di aggregazione di unità operative che possano essere:

- omogenee sotto il profilo delle attività svolte o risorse impiegate;
- interdisciplinari semplici e/o complesse basati sulla condivisione di procedure e percorsi terapeutici assistenziali.

La riorganizzazione dipartimentale trova motivazione non solo nel vantaggio organizzativo e di conseguenza economico, ma in un miglioramento complessivo di tutto il sistema basato sulla centralità del paziente all'interno dell'organizzazione e sulla valorizzazione di tutte le competenze professionali finalizzate al perseguimento dei comuni obiettivi di salute. I Dipartimenti ospedalieri attualmente attivi e la loro organizzazione in termini di livello di responsabilità è la seguente:



L'elenco delle Unità Operative Complesse (UOC), delle Unità operative Semplici (UOS) e delle Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale (UOSD) è di seguito elencato:

| Dipartimento / Macrostruttura  | UOC                                   | UOS   |   |
|--|---------------------------------------|---|---|
| Dipartimento Medico  | Clinica Medica Chieti                 |   |   |
|  | Pneumologia Chieti                    | <i>Centro di Riferimento Aziendale per le Pneumopatie Infiltrative Diffuse (P.I.D.) con Endoscopia Toracica Medica (E.T.M.)</i> |   |
|  | Clinica di Malattie Infettive Chieti  |   |   |
|  | Clinica Dermatologica Chieti          | <i>Dermatologia Lanciano</i>  |   |
|  | Clinica Neurologica Chieti            |   |   |
|  | Clinica Nefrologica e Dialisi Chieti  | <i>Terapia emodepurativa Chieti</i>   |   |
|  | Clinica Geriatrica Ortona             |   | <i>Medicina Interna Ortona</i>  |
|  |                                       |   | <i>Lungodegenza Ortona</i>  |
|  |                                       |   | <i>Centro di riferimento regionale per l'aterosclerosi, l'ipertensione arteriosa e le dislipidemie Chieti</i> |
|  | Neurologia Lanciano                   | <i>Gestione di Stroke Unit Semintensiva ed attività di trombolisi</i>   |   |
|  | Medicina Interna Lanciano             |   | <i>Lungodegenza Lanciano</i>  |
|  |                                       |   | <i>Geriatrica Lanciano</i>  |
|  | Gastroenterologia Vasto               | <i>Endoscopia digestiva Vasto</i>   |   |
|  | Medicina Interna Vasto                | <i>Lungodegenza Vasto</i>   |   |
|  | Geriatrica Vasto                      |   |   |
|  | Medicina Fisica e Riabilitativa Atesa | <i>Riabilitazione Ortona</i>  |   |
|  | Medicina Interna Atesa                | <i>Lungodegenza Atesa</i>   |   |
| Attività medica per intensità di cura ad indirizzo geriatrico Chieti |                                       |   |   |
| <b>UOSD</b>  |                                       |   |   |
| <b>Servizio di Endoscopia Digestiva H 24 Chieti</b>                  |                                       |   |   |
| <b>Prevenzione, Diagnosi e Terapia delle Allergopatie Chieti</b>     |                                       |   |   |
| <b>Diagnostica ecografica Chieti</b>                                 |                                       |   |   |

|                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
|                                      | <b>Endoscopia interventistica Lanciano</b>                               |   |
|                                      | <b>Malattie trasmissibili ed emergenza/urgenza infettivologica Vasto</b> |   |
|                                      | <b>Neurologia Vasto</b>  |   |
| <b>Dipartimento / Macrostruttura</b> | <b>UOC</b>   | <b>UOS</b>  |
| <b>Dipartimento Chirurgico</b>       | Clinica Oftalmologica Chieti   |   |
|                                      | Clinica Ortopedica e Traumatologica Chieti                               | <i>Ortopedia Ortona</i>   |
|                                      | Clinica Odontostomatologica Chieti                                       | <i>Diagnosi, prevenzione e terapia in pazienti affetti da malattia parodontale Chieti</i> |
|                                      | Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico Ortona                        | <i>Chirurgia addominale ad alta complessità e robotica c/o PO CH</i>                      |
|                                      |  | <i>Endoscopia chirurgica Ortona</i>   |
|                                      | Chirurgia Generale Lanciano  | <i>Week Surgery Atesa</i>   |
|                                      | Oculistica Lanciano  | <i>Oculistica Vasto</i>   |
|                                      | Ortopedia e traumatologia Lanciano                                       | <i>Chirurgia artroscopica (Atesa)</i>   |
|                                      | Chirurgia Generale Vasto   |   |
|                                      | Otorinolaringoiatria Vasto   |   |
|                                      | Ortopedia e traumatologia Vasto  |   |
|                                      | Urologia Vasto   | <i>Day surgery urologia Lanciano</i>  |
|                                      |  | <i>Nefrologia Vasto</i>   |
|                                      |  | <i>Urologia robotica Chieti</i>   |
|                                      | Chirurgia Generale ad indirizzo Senologico Ortona                        |   |
|                                      | Clinica Chirurgica ad indirizzo toracico Chieti                          |   |
|                                      | Patologia Chirurgica Chieti  |   |
|                                      | Clinica Otorinolaringoiatrica Chieti                                     | <i>Centro di Audio-vestibologia Chieti</i>  |
|                                      | Clinica Otorinolaringoiatrica Ortona                                     | <i>ORL Ortona</i>   |
|                                      | Programma di uroginecologia, andrologia e identità di genere Chieti      |   |
|                                      | <b>UOSD</b>  |   |
|                                      | <b>Centro Chirurgia della tiroide Chieti</b>                             |   |
|                                      | <b>Centro stomizzati Chieti</b>  |   |
|                                      | <b>Nutrizione artificiale accessi vascolari Port-a-Cath Chieti</b>       |   |
|                                      | <b>Chirurgia maxillo-facciale Chieti</b>                                 |   |
|                                      | <b>Centro calcolosi urinaria Chieti</b>                                  |   |
| <b>Chirurgia vertebrale Chieti</b>   |  |   |
| <b>Odontostomatologia Lanciano</b>   |  |   |
| <b>Dipartimento / Macrostruttura</b> | <b>UOC</b>   | <b>UOS</b>  |
| <b>Dipartimento Cuore</b>            | Clinica Cardiochirurgica Chieti  |   |
|                                      | Servizio di Cardiologia Chieti   |   |
|                                      | Cardiologia e UTIC Chieti  | <i>Diagnostica cardiologica incruenta Ortona</i>  |
|                                      |  | <i>Utice Chieti</i>   |

|  |   |  |                                    |
|--|---|--|------------------------------------|
|  | Chirurgia Vascolare Chieti  |  |                                    |
|  | Anestesia e T.I.C. Chieti   | <i>Terapia Intensiva Cardiochirurgica</i>  |                                    |
|  | Cardiologia e UTIC Lanciano   | <i>Elettrostimolazione cardiaca e diagnostica elettrofisiologica (UTIC)</i>  |                                    |
|  | Cardiologia e UTIC Vasto  | <i>Elettrostimolazione ed elettrofisiologia (UTIC)</i>   |                                    |
|  | <b>UOSD</b>   |  |                                    |
|  | <b>Aritmologia Chieti</b>   |  |                                    |
|  | <b>Emodinamica diagnostica ed interventistica Ch-Va</b>                   |  |                                    |
|  | <b>Fisiopatologia vascolare chirurgica Chieti</b>                         |  |                                    |
| <b>Dipartimento / Macrostruttura</b>                   | <b>UOC</b>  | <b>UOS</b>   |                                    |
| <b>Dipartimento Emergenza Accettazione e CMPTDEITI</b> | Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Chieti                    | <i>P.S. Chieti</i><br><i>Osservazione temporanea e breve intensiva Chieti</i>  |                                    |
|  | Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Chieti                        | <i>Anestesia Chieti</i><br><i>Rianimazione e terapia intensiva Chieti</i>  |                                    |
|  | Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Ortona/Guardiagrele       | <i>PPI Guardiagrele</i>  |                                    |
|  | Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Lanciano                  | <i>PPI Casoli</i><br><i>Obi Lanciano</i><br><i>Pronto soccorso Atezza</i>  |                                    |
|  | Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Lanciano                      | <i>Rianimazione e terapia intensiva Lanciano</i><br><i>Medicina perioperatoria week surgery e day surgery Atezza</i>               |                                    |
|  | Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Vasto                     | <i>Osservazione temporanea e breve intensiva</i><br><i>PPI Gissi</i>   |                                    |
|  | Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Vasto                         | <i>Rianimazione e terapia intensiva Vasto</i>  |                                    |
|  | <b>UOSD</b>   |  |                                    |
|  | <b>Medicina perioperatoria in week e day surgery Vasto</b>                |  |                                    |
|  | <b>Terapia del dolore - aziendale</b>                                     |  |                                    |
|  | <b>118 aziendale</b>  |  |                                    |
|  | <b>Servizio medicina perioperatoria Week Surgery e Day Surgery Ortona</b> |  |                                    |
|  | <b>Dipartimento / Macrostruttura</b>                                      | <b>UOC</b>   | <b>UOS</b>                         |
|  | <b>Dipartimento Oncologico</b>  | Clinica Oncologica Chieti  | <i>Oncologia senologica Ortona</i> |
| Anatomia Patologica Chieti                             |   | <i>Diagnostica molecolare e tecniche speciali in anatomia patologica con annessa biobanca</i><br><i>Anatomia Patologica Ortona</i> |                                    |
| Oncologia Lanciano                                     |   | <i>Day hospital oncologico-presidio Vasto</i>  |                                    |
| Anatomia Patologica Lanciano/Vasto                     |   | <i>Anatomia Patologica P.O. Vasto</i>  |                                    |
| Screening cervicocarcinoma e citodiagnostica Lanciano  |   |  |                                    |
| <b>Dipartimento / Macrostruttura</b>                   | <b>UOC</b>  | <b>UOS</b>   |                                    |
| <b>Immunologia Radioterapia e Radiologia</b>           | Radiodiagnostica Chieti   | <i>Diagnostica per immagini nell'emergenza</i><br><i>Risonanza e tecnologie pesanti Chieti</i>                                     |                                    |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <b>Radioterapia Chieti</b>   |  |
|  | <b>Radiodiagnostica Lanciano</b>                                     | <i>Radiodiagnostica Atesa</i>  |
|  | <b>Medicina Nucleare Aziendale</b>                                   | <i>Medicina Nucleare Lanciano</i>  |
|  |  | <i>Organizzazione e responsabilità gestionale della sezione di Radioterapia Metabolica</i> |
|  | <b>Radiodiagnostica Vasto</b>  | <i>Risonanza magnetica Vasto</i>   |
|  | <b>UOSD</b>  |  |
|  | <b>Radiodiagnostica Senologica e screening mammella Ortona</b>       |  |
|  | <b>Radiodiagnostica Ortona</b>                                       |  |
| <b>Dipartimento / Macrostruttura</b>                                       | <b>UOC</b>   | <b>UOS</b>   |
| <b>Dipartimento Salute Mentale</b>   | <b>Clinica Psichiatrica Chieti (Spdc Guardiagrele)</b>               |  |
|  | <b>CSM Chieti/Ortona</b>   | <i>Riabilitazione psichiatrica Guardiagrele</i>  |
|  |  | <i>Attività di psichiatria e psicogeriatrica Ortona</i>                                    |
|  | <b>CSM Lanciano/Vasto</b>  | <i>Day hospital psichiatrico Vasto</i>   |
|  | <b>UOSD</b>  |  |
|  | <b>Trattamento pazienti a doppia diagnosi (SPDC Lanciano)</b>        |  |
| <b>Dipartimento / Macrostruttura</b>                                       | <b>UOC</b>   | <b>UOS</b>   |
| <b>Dipartimento Materno Infantile</b>                                      | <b>Clinica Ostetrico-Ginecologica Chieti</b>                         | <i>DH e DS di Uroginecologia</i>   |
|  | <b>Clinica Pediatrica Chieti</b>                                     | <i>Centro regionale per la diagnosi e la terapia delle malattie croniche pediatriche</i>   |
|  |  | <i>Pediatria Ortona</i>  |
|  | <b>Neonatologia, T.I.N. e Nido Chieti</b>                            |  |
|  | <b>Ostetricia e Ginecologia Lanciano</b>                             | <i>Endoscopia uroginecologica e patologia del pavimento pelvico</i>                        |
|  | <b>Pediatria e Nido Lanciano</b>                                     | <i>DH, DS e Amb. Pediatrici Lanciano</i>   |
|  | <b>Ostetricia e Ginecologia Vasto</b>                                | <i>Patologia Ostetrica Vasto</i>   |
|  | <b>UOSD</b>  |  |
|  | <b>Ginecologia oncologica Chieti</b>                                 |  |
|  | <b>Procreazione medicalmente assistita - FIVET Ortona</b>            |  |
|  | <b>Pediatria e Nido Vasto</b>  |  |
|  | <b>Neuropsichiatria Infantile Aziendale</b>                          |  |
| <b>Dipartimento / Macrostruttura</b>                                       | <b>UOC</b>   | <b>UOS</b>   |
| <b>Coordinamento Laboratori di Patologia Clinica (servizi di supporto)</b> | <b>Patologia Clinica aziendale</b>                                   | <i>Patologia clinica (8-20 con Pronta Disponibilità notturna e festiva) Ortona</i>         |
|  |  | <i>Patologia clinica (8-20 con Pronta Disponibilità notturna e festiva) Vasto</i>          |
|  |  | <i>Patologia Clinica Chieti-Guardiagrele</i>   |
|  | <b>Programma di Biologia Molecolare e Medicina Predittiva Chieti</b> |  |
|  | <b>UOSD</b>  |  |
|  | <b>Patologia clinica territoriale</b>                                |  |

| Dipartimento / Macrostruttura       | UOC   | UOS  |  |
|-------------------------------------|---|--|--|
| Altri Servizi di supporto           | Servizio Immunotrasfusionale Ospedaliero aziendale  | <i>Trasfusionale P.O. Lanciano</i>   |  |
|                                     |   | <i>Trasfusionale P.O. Vasto</i>  |  |
|                                     | Farmacia Ospedaliera  | <i>Farmacia ospedaliera Chieti</i>   |  |
|                                     |   | <i>Farmacia ospedaliera Ortona</i>   |  |
|                                     |   | <i>Farmacia ospedaliera Lanciano</i>   |  |
|                                     | <i>Farmacia ospedaliera Vasto</i>   |  |  |
| Dipartimento / Macrostruttura       | UOC   | UOS  |  |
| Dipartimento di Prevenzione         | Servizio di sanità animale  | <i>Anagrafi zootecniche, profilassi di stato ed epidemiosorveglianza delle malattie infettive</i>  |  |
|                                     | Servizio di Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro  |  |  |
|                                     | Servizio di igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati | <i>Coordinamento del pacchetto vigilanza strutture registrate</i>  |  |
|                                     | Servizio di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche   |  |  |
|                                     | Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica   | <i>Gestione delle attività autorizzative, di vigilanza ed ispezione sulle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche, private ed accreditate</i> |  |
|                                     |   | <i>Igiene dell'alimentazione animale</i>   |  |
|                                     | Servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione  | <i>Sicurezza alimentare</i>  |  |
|                                     | <b>UOSD</b>   |  |  |
|                                     | Tutela della salute nelle attività sportive   |  |  |
|                                     | Ricerca, analisi e prevenzione delle patologie lavoro correlate   |  |  |
| Dipartimento / Macrostruttura       | UOC   | UOS  |  |
| Coordinamento Attività Distrettuali | NOD Chieti  |  |  |
|                                     | NOD Francavilla   |  |  |
|                                     | NOD Ortona  |  |  |
|                                     | NOD Lanciano  |  |  |
|                                     | NOD Vasto   |  |  |
|                                     | NOD Sangro-Aventino   | <i>RSA Casoli</i>  |  |
|                                     |   | <i>PTA Casoli</i>  |  |
|                                     | Dipendenze patologiche - SERT   | <i>Dipendenze da Sostanze Illegali Chieti</i>  |  |
|                                     |   | <i>Dipendenze da sostanze legali (Alcol, Nicotina, Farmaci)</i>  |  |
|                                     | Endocrinologia territoriale   | <i>Diabetologia Gissi</i>  |  |
|                                     | Oculistica territoriale   |  |  |
|                                     | Geriatrica territoriale   |  |  |
|                                     | Dialisi territoriale  | <i>Dialisi Ortona/Guardiagrele</i>   |  |
| <i>Dialisi Vasto</i>                |   |  |  |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   |  | <i>Dialisi Lanciano/Atessa/Casoli</i>   |
|   | Radiodiagnostica territoriale                            |   |
|   | Genetica Medica  |   |
|   | Servizio trasfusionale territoriale e CRS                | <i>Gestione processi di produzione e qualificazione biologica emocomponenti</i> |
|   | <b>UOSD</b>  |   |
|   | NOD Guardiagrele   |   |
|   | NOD Alto Vastese   |   |
|   | ADI e assistenza semiresidenziale e residenziale         |   |
|   | Cure primarie  |   |
|   | Assistenza consultoriale                                 |   |
|   | Cure palliative e HOSPICE                                |   |
|   | Governo liste di attesa e sistemi di prenotazione        |   |
|   | Farmacia territoriale                                    |   |
| <b>Dipartimento / Macrostruttura</b>          | <b>UOC</b>   | <b>UOS</b>  |
| <b>Funzioni sanitarie generali e di Staff</b> | Direzione Medica P.O. Chieti                             | <i>Direzione di presidio Ortona</i>   |
|   | Direzione Medica P.O. Lanciano/Vasto                     |   |
|   | Medicina Legale  |   |
|   | Servizio prevenzione e protezione                        |   |
|   | Audit e governo clinico                                  |   |
|   | Qualità accreditamento e risk management                 |   |
|   | Servizio Aziendale Professioni Sanitarie                 | <i>Gestione personale SAPS</i>  |
|   | Integrazione Ospedale Territorio                         |   |
|   | Valutazione e appropriatezza delle prestazioni sanitarie |   |
|   | <b>UOSD</b>  |   |
|   | Fisica sanitaria   |   |
|   | Medicina Penitenziaria                                   |   |
|   | Ufficio Medico Competente                                |   |
|   | <b>Dipartimento / Macrostruttura</b>                     | <b>UOC</b>  |
| <b>Direzione Generale e Staff</b>             | Affari generali e legali                                 |   |
|   | Amministrazione e sviluppo risorse umane                 | <i>Gestione giuridico-amministrativa del personale</i>                          |
|   | Governo assistenza sanitaria di base e specialistica     |   |
|   | Contabilità e bilancio                                   | <i>Contabilità generale</i>   |
|   | Programmazione Strategica e Sistemi di Performance       |   |
|   | Gestione Attività Amministrativa PP.OO.                  |   |
|   | Gestione accordi contrattuali con erogatori privati      |   |
|   | Governo dei contratti di servizi e forniture             |   |

|  |   |                           |
|--|---|---------------------------|
|  | <b>Servizi economici e logistici</b>                  | <i>Gestione magazzini</i> |
|  | <b>Investimenti patrimonio e manutenzione</b>         |                           |
|  | <b>Informatica e reti</b>                             |                           |
|  | <b>Ingegneria clinica</b>                             |                           |
|  | <b>UOSD</b>   |                           |
|  | <b>Sistema informazione comunicazione e marketing</b> |                           |

## Revisione della rimodulazione delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali

In adempimento al DCA n. 79/2016 la riconversione degli ex presidi di Guardiagrele e di Atesa ha comportato una revisione del numero di strutture operative, prevedendone anche alcune a livello territoriale a supporto del corretto sviluppo e della riorganizzazione del territorio.

## Appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni erogate

Con riferimento ai n. 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza per prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario, la Regione ha fissato delle soglie di tolleranza per il trasferimento delle prestazioni dal regime ordinario a regime diurno ed ambulatoriale. L'obiettivo dell'Azienda nel triennio è quello di impegnarsi al raggiungimento delle soglie non ancora rispettate (soprattutto quella dei ricoveri ordinari), ma allo stesso tempo, continuare nel percorso di trasferimento di percentuali crescenti di prestazioni erogate in contesti assistenziali ambulatoriali.

Sotto questo profilo, in ossequio alle indicazioni degli allegati "B" e "C" al DCA n.50/2011 sarà incrementata l'erogazione di prestazioni assistenziali chirurgiche e mediche mediante procedura SDAC. L'Azienda, a riguardo, ha definito una procedura ufficiale pubblicata sul sito che regola tra l'altro i rapporti e le modalità organizzative fra le varie UU.OO.

## Sanità Digitale

Un ruolo importante svolgerà l'implementazione e diffusione del dossier sanitario aziendale Ambulatoriale attraverso l'uso del CUP di 2° Livello in tutte le sedi ambulatoriali. Il lavoro è già in corso e si basa sul coinvolgimento degli Specialisti nella refertazione, sul gestionale SISWeb del CUP di 2° Livello, delle visite e degli esami strumentali eseguiti, che andranno ad arricchire il Fascicolo

Sanitario Elettronico (FSE). Gli stessi utilizzeranno anche una cartella ambulatoriale informatizzata. Al momento sono già attive quasi tutte le Radiologie Aziendali fatta eccezione della U.O.C. Diagnostica per Immagini del P.O. di Chieti.

L'obiettivo è quello di implementare l'uso della cartella Ambulatoriale e la refertazione sul SISWeb di almeno il 30% nel 2017, di almeno il 60% nel 2018 per arrivare a pieno regime nel 2019.

## **Risorse Umane e Assetti Istituzionali**

### **Manovra di contenimento per il triennio 2017-2019**

L'Azienda Sanitaria Locale Lanciano-Vasto-Chieti, in coerenza con quanto stabilito dapprima nel Piano Operativo 2010 e, quindi, nei Programmi Operativi 2011-2012 e 2013-2015, tenuto conto del modello organizzativo definito nell'Atto Aziendale, ha realizzato nel corso degli ultimi anni un generale processo di riassetto delle Unità Operative Ospedaliere e Non Ospedaliere, di riorganizzazione delle attività e dei percorsi assistenziali nonché di rimodulazione delle attività di supporto; inoltre, in attuazione del D.C.A. 79/2016, con il quale la Regione Abruzzo ha individuato il nuovo assetto della rete ospedaliera in coerenza con quanto disposto dal D.M. n.70/2010, il processo di riordino delle Unità Operative Ospedaliere consentirà, a regime e ragionevolmente nel corso del prossimo anno 2017 - con l'adozione del nuovo Atto Aziendale - di razionalizzare e riprogrammare i fabbisogni di personale per ciascuna Unità Operativa..

Il Decreto Commissariale n.104 del 19.11.2015, avente ad oggetto: *“Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Locali. Triennio 2016-2018”*, in materia di personale delle Aziende UU.SS.LL., ha previsto una ulteriore *“manovra di contenimento per il triennio 2016-2018”* che ipotizza la *“... sostituzione a regime ridotto (pari al 50%) del personale impiegato per l'erogazione delle prestazioni nell'attuale perimetro di attività”*, stabilendo per il corrente anno 2016, per la ASL Lanciano-Vasto-Chieti, un tetto di spesa complessivo per il personale ( tempo indeterminato e lavoro flessibile ) da CE pari a **239.675 €/000**.

Da ultimo con delibera di Giunta Regionale n. 741 del 15 novembre 2016 con oggetto *“ Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali per il triennio 2017-2019 ”* sono stati, tra l'altro, approvati i prospetti denominati *“Conto Economico Programmatico 2017-2019”* che per la Asl Lanciano-Vasto-Chieti per quanto concerne la voce *“Personale”* stabiliscono i seguenti tetti complessivi di spesa: **238.608 €/000** per l'anno 2017, a **239.008 €/000** per l'anno 2018, a **239.008 €/000** per l'anno 2019;

Il tetto di spesa fissato per il corrente anno 2016, tenuto conto del dato CE al III trimestre, riproporzionato ad anno, **risulta rispettato**, mentre, all'interno di tale tetto complessivo, quello riferito al personale con rapporto di lavoro flessibile (pari ad 6.277 €/000 = 50% di 12.554 €/000 spesa anno 2009) pur registrando una sensibile riduzione rispetto agli anni precedenti (**15.100€/000** nell'anno 2014 , **10.920 €/000** nell'anno 2015), si attesta, per il corrente anno, in termini previsionali, in circa **9.300 €/000** ;

Pertanto, al fine di riallineare entro il 31/12/2017 la spesa per il personale con rapporto di lavoro flessibile al tetto suindicato - come formalmente stabilito dal Decreto Commissariale n.105/2015- , l'Azienda ha già avviato, nel corso dell'ultimo trimestre del corrente anno, azioni tese alla trasformazione di rapporti di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato, mediante assunzione di personale da graduatorie concorsuali/mobilità, così come previste nel Piano Assunzioni di personale per l'anno 2016 definito con deliberazione n. 912 del 2 agosto 2016 – come aggiornato con deliberazioni n.1189 del 12/10/2016 e n. 1478 del 19 dicembre 2016 gli effetti di tali manovre, produrranno evidenti risultati – in termini di riduzione della relativa spesa – nel corso dell'anno 2017. Inoltre, nel corso del primo semestre 2017 si prevede di concludere diverse ed ulteriori procedure di reclutamento (concorsi/mobilità di cui: n. 14 aree dirigenziali e n. 2 area del comparto) di personale di profili attualmente in servizio con rapporto di lavoro a tempo determinato, che permetteranno – previa acquisizione dei previsti nulla-osta regionali – di sostituire progressivamente, nel medesimo anno, il personale a tempo determinato con personale a tempo indeterminato e di ridurre il numero di personale a tempo determinato di circa di 40/45 unità e, quindi, conseguire l'obiettivo previsto dal citato DCA 105/2015.

Per il prossimo triennio 2017-2019, tenuto conto del saldo ipotizzato tra le cessazioni di personale al momento già conosciute e le assunzioni previste sia nel limite del turn-over e sia per trasformazione da tempo determinato a tempo indeterminato (nei termini di cui alla delibera di Giunta Regionale 645 del 20/10/2016), nonché delle azioni suindicate finalizzate alla riduzione di personale con rapporto di lavoro flessibile, e della riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale in ossequio alle determinazioni da assumere in conformità al DCA 79/2016, la previsione di spesa per il personale a tempo indeterminato e con rapporto di lavoro flessibile è quella indicata nel prospetto che segue:

|   | <b>Anno 2016*</b>  | <b>Anno 2017</b>   | <b>Anno 2018</b>   | <b>Anno 2019</b>   |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Spesa personale tempo indeterminato   | 230.375.000        | 232.331.000        | 231.731.000        | 231.731.000        |
| Spesa personale a rapporto di lavoro flessibile (per comprovate e oggettive ragioni tecniche, organizzative produttive e/o sostitutive) | 9.300.000          | 6.277.000          | 6.277.000          | 6.277.000          |
| <b>Totale</b>   | <b>239.675.000</b> | <b>238.608.000</b> | <b>239.008.000</b> | <b>239.008.000</b> |

\*previsione sulla base del III CE 2016

## **Programmazione economico Finanziaria e Finanziamento SSR**

### **Beni e Servizi**

La programmazione e il controllo della gestione delle scorte deve consentire di minimizzare i rischi gestionali e i costi, in modo da ottenere la migliore efficienza complessiva per l'Azienda. All'interno del problema di efficienza rientra anche l'ottimizzazione delle procedure di approvvigionamento. Le stesse avvengono attraverso sia magazzini fisici (farmaceutici ed economici) che virtuali, utilizzati anche per il transito delle merci verso i reparti senza giacenza fisica. Il sistema è sostanzialmente unico, utilizzando stesse tabelle di base ma con comunicanti. In sostanza attualmente la gestione del singolo magazzino è confinata magazzino ospedaliero. L'azienda prevede per il 2017 di avviare le procedure per l'attuazione di due magazzini unici informatici aziendali, uno farmaceutico ed uno economico, che consentano una più efficiente gestione degli approvvigionamenti per i magazzini fisici gestiti sia ripristino che a fabbisogno, consentendo la riformulazione delle scorte di sicurezza per la parte necessaria ad ovviare ad eventuali deficienze di rifornimento o a possibili incrementi dell'assorbimento.

I reparti dell'azienda non sono dotati di armadietti informatizzati, ma sarà oggetto di studio una metodologia opportuna per effettuare le attività di verifica periodica e controllo delle rimanenze nei reparti.

Attualmente l'inventario nei reparti è effettuato al 31/12 come nei magazzini farmaceutici ed economici. Le rimanenze vengono controllate ed eventualmente corrette alla luce di eventuali disallineamenti riferiti alle unità di misura ed ai consumi effettuati nel corso dell'anno dalle singole unità operative.

Il monitoraggio delle quantità consumate di prodotti farmaceutici e dispositivi è costante e i tetti di spesa sono stati assegnati sia ai centri di responsabilità, in sede di negoziazione del budget, sia ai magazzini farmaceutici mediante l'assegnazione della disponibilità mensile.

### **Gare centralizzate nell'attesa costituzione di una Centrale Unica Di Committenza**

Nelle more della costituzione di una Centrale Unica di Committenza Regionale, di cui alla L:R 27/09/2016 n. 34, l'Azienda si sta partecipando alla pianificazione delle procedure per l'ulteriore implementazione degli acquisti centralizzati.



## Contenzioso sul debito di natura commerciale

Si riporta, di seguito, la situazione debitoria della ASL 02 alla data odierna risulta la seguente:

- Situazione debitoria complessiva € 212.656.946,24
- Scadenze bloccate per contenzioso giudiziale € 95.612.889,06
- Scadenze bloccate per contenzioso stragiudiziale € 23.868.436,41
- Scadenze bloccate/note a credito da ricevere € 3.891.601,37.

Con riferimento alle criticità individuate dalla Regione Abruzzo nell'ambito delle attività di ricognizione e monitoraggio dei debiti di natura commerciale in contenzioso a seguito della chiusura dei Bilanci d'esercizio 2015, questa Azienda ha già posto in essere, da qualche anno, delle iniziative volte al superamento delle stesse.

Infatti a partire dall'anno 2014, con l'adozione della prima versione delle procedure PAC, formulate dai gruppi di lavoro individuati coerentemente con le aree di cui al DM 01/03/2013, l'Azienda ha previsto una serie di attività in capo alle diverse UU.OO. volte oltre che al superamento della situazione pregressa, anche alla integrazione/miglioramento delle prassi quotidiane, precedentemente in uso, che avevano generato il considerevole stock di debito di natura commerciale nel quale spiccano le posizioni ancora aperte per contenzioso e/o contestazione.

Successivamente si è proceduto ad una prima implementazione delle procedure adottate dall'azienda, poi modificate coerentemente con le linee guida fornite dal Dipartimento per la salute e il welfare, attribuendo priorità al ciclo passivo.

Poi, dal giugno 2015 l'Azienda ha implementato una versione evoluta del sistema informativo che garantisce, a regime, la tracciabilità delle operazioni eseguite sullo stesso nonché un elevato grado di personalizzazione della profilatura utente e dei workflow in modo da guidare e supportare l'utente al rispetto delle procedure approvate e calate sul sistema informativo seppur limitate alle fatture dell'anno in corso rispetto all'aggiornamento del sistema gestionale (AREAS).

Detto sistema pertanto, se correttamente alimentato, già consente un'integrazione delle informazione tra i vari uffici aziendali competenti (ufficio legale/uffici liquidatori) al fine di garantire la tracciabilità delle transazioni commerciali interessate da contestazioni/contenziosi, all'interno del partitario fornitori, anche attraverso l'utilizzo delle diverse causali di blocco, direttamente gestibili

dal liquidatore, in base alla ragione per cui ritiene di dover sospendere il pagamento di una scadenza (fattura o parte di essa).

Per quanto concerne l'analisi puntuale di eventuali movimenti generati da scritture di prima nota non presenti nel partitario fornitori e non supportate da relativo documento contabile, nel corso del 2016 e degli esercizi pregressi è stata effettuata una puntuale analisi volta all'eliminazione delle anomalie e squadrature ereditate dalla fusione delle contabilità delle due Ex ASL di Chieti e Lanciano Vasto, attualmente in corso di ultimazione con l'effettuazione di circa 850 scritture contabili di riallineamento

Negli esercizi pregressi è stata, altresì, effettuata un'attività di circolarizzazione limitata su un campione significativo individuato dal collegio sindacale di clienti e fornitori attraverso un'attività di confronto dei dati contabili forniti dai suddetti clienti e fornitori con i dati che risultano dalla contabilità Aziendale. Laddove non c'era corrispondenza, si è proceduto, anche con il supporto degli uffici liquidatori, al riallineamento/correzione delle contabilità e dei saldi attraverso la contabilizzazione delle eventuali sopravvenienze derivanti ad esempio da prescrizioni (attive) o mancate registrazioni (passive). Nel corso del 2017 sarà disposta una nuova procedura di circolarizzazione aziendale volta alla verifica delle poste contabili di ciascun fornitore/cliente mediante l'aggiornamento delle scadenze al 31/12/2016.

Inoltre, la UOC Contabilità e Bilancio, anche con le note prott.n. 41260U16 del 5 agosto 2016, n.43295U16 del 24 agosto 2016, e prot 44843U16 del 05/09/2016, a cui hanno fatto seguito delle sessioni di lavoro con le UU.OO. liquidatrici, convocate con nota prot. 53392 del 19/10/2016, ha nuovamente intrapreso azioni volte alla ricognizione delle poste debitorie iscritte nello stato del patrimonio relative ai fornitori individuati dalla Regione.

È stato effettuato anche l'aggiornamento dell'analisi dei principali debiti pregressi che risultano ancora aperti in contabilità chiedendo alle varie UU.OO. liquidatrici, di aggiornare gli stati di blocco inseriti sulle scadenze non pagate e di provvedere alla liquidazione delle somme non contestate dal 1997 ad oggi, con l'inserimento nel workflow di ciascun servizio tutte le scadenze pregresse al fine di verificare il debito scaduto di ciascun settore.

Per il prossimo triennio e già a partire da gennaio 2017, pertanto, si procederà, così come previsto negli indirizzi per la programmazione triennale 2017 – 2019 delle Aziende Sanitarie di cui alla DGRA 741 del 15 novembre 2016, con un ulteriore livello di implementazione delle procedure Aziendali

approvate, la prosecuzione delle attività già avviate sopra descritte mediante le azioni indicate e riepilogate nella tabella sottostante:

| AZIONE   | RESPONSABILE                          |
|--|---------------------------------------|
| Miglioramento nell'utilizzo del sistema informativo già in uso attraverso la personalizzazione dei work flow, delle procedure, e formazione degli utenti   | Tutte le UU.OO.                       |
| Aggiornamento trimestrale ed invio alla UOC Contabilità e Bilancio, di una reportistica utile sia alla gestione dei rischi aziendali connessi alle controversie sia alla valutazione degli accantonamenti a fondo rischi ed oneri finalizzata all'esatta compilazione del modello CE trimestrale.  | UOC Affari Generali e Legali          |
| Estrazione ed invio trimestrale del partitario fornitori agli Uffici di Liquidazione Destinatari al fine di sollecitare la liquidazione dei debiti pregressi o l'aggiornamento dello stato di blocco (anche con eventuale richiesta di nota a credito) coerentemente con l'andamento della gestione del contratto / partita contabile/ contenzioso | UOC Contabilità e Bilancio            |
| Riscontro e aggiornamento all'invio di cui al punto precedente, in tempo reale (il sistema consente la visualizzazione in tempo reale che prescinde dalla attività di reporting indicata nel punto che precede)  | Tutte le UU.OO. liquidatrici          |
| Analisi puntuale trimestrale di eventuali movimenti generati da scritture di prima nota non presenti nel partitario fornitori e non supportate da relativo documento contabile; successiva eliminazione o sistemazione contabile   | UOC Contabilità e Bilancio            |
| Accertamento dell'esistenza di sentenze del Consiglio di Stato, relative a contenziosi con privati accreditati per extrabudget e tariffe, in cui la Regione è chiamata come resistente e di conseguenza ed eventuale trasmissione delle stesse alla UOC competente alla gestione del contratto/liquidazione delle relative competenze.             | UOC Affari Generali e Legali<br>GACEP |
| Aggiornamento del debito coerentemente con le informazioni trasmesse nel punto che precede mediante liquidazione o utilizzo apposite causali di blocco anche attraverso la eventuale richiesta di note a credito.  | GACEP                                 |
| Estrazione trimestrale campione di fornitori per verifica relativo partitario e riscontro dei saldi  | UOC Contabilità e Bilancio            |
| Verifica trimestrale dei partitari fornitori indicati e trasmessi dalla UOC Contabilità e Bilancio al fine della verifica dell'esatta contabilizzazione dei costi e delle eventuali causali di blocco. Eventuale ricorso a strumenti di risoluzione stragiudiziale ove   | Tutte le UU.OO. liquidatrici          |

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| possibile.  |                                 |
| Estrazione trimestrale campione di clienti per verifica relativo partitario e riscontro dei saldi   | UOC Contabilità e Bilancio      |
| Verifica trimestrale dei partitari clienti indicati e trasmessi dalla UOC Contabilità e Bilancio al fine della verifica dell'esatta contabilizzazione dei ricavi e delle eventuali mancate riscossioni con conseguente attivazione procedura per il recupero crediti. | Tutte le UU.OO. liquidatrici    |
| Individuazione trimestrale situazioni debitorie pregresse potenzialmente prescritte e invio delle stesse alle UU.OO. liquidatrici   | UOC Contabilità e Bilancio      |
| Verifica insussistenza di atti idonei all'interruzione dei termini di prescrizione sulle partite inviate di cui al punto che precede  | Tutte le UU.OO. liquidatrici    |
| Verifica periodica del livello di implementazione della procedura aziendale. Correzione integrazione rimodulazione della procedura approvata laddove non pienamente al raggiungimento dei nuovi obiettivi Aziendali.  | Responsabile PAC/Internal Audit |

Le azioni previste a carico dei diversi responsabili saranno parte integrante del monitoraggio preventivo delle situazioni debitorie pregresse, finalizzato a ridurre le sopraindicate criticità, in applicazione degli indirizzi attuativi che la Direzione Aziendale porrà in essere.

### **Gestione reclami**

Sono pervenuti nel corso del 2016 N° 332 reclami la cui tipologia si riferisce in particolare a: tempi di attesa, umanizzazione, organizzazione, competenze tecnico/professionali;

### **Procedimenti disciplinari**

Sono pervenuti nel corso del 2016:

N° 21 segnalazioni ricevute dall'Ufficio Procedimenti disciplinari di cui

N° 7 procedimenti definiti con sanzione

### **Conclusioni**

Dall'analisi effettuata per elaborare il PTPC 2017-2019 si evidenzia che il contesto esterno non presenta particolari aspetti negativi che possano influenzare in maniera incisiva sul livello di rischio corruttivo, anche se si rileva un diffuso senso critico dell'utenza nei confronti della Pubblica Amministrazione e dei suoi operatori.

Le stesse considerazioni si rilevano per il contesto interno dove non si evidenziano criticità specifiche ed aggiuntive rispetto a quelle tipiche dell'attività svolta.

Sarà garantito al RPC, per lo svolgimento delle funzioni , un adeguato supporto con assegnazione di personale qualificato, nonché un supporto in termini motivazionali sui Direttori Responsabili delle strutture e sui funzionari, per accrescere sempre di più la consapevolezza e la motivazione delle relative responsabilità, affinché sia data la dovuta collaborazione e la giusta attenzione alla materia, con l'obiettivo da parte di tutti i soggetti interessati di una condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie.

La ASL, come illustrato, è di ampie dimensioni ed ha una complessità organizzativa determinata da un gran numero di risorse umane e numerosi rapporti che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici e molteplici sono le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario, elementi tutti che potenzialmente espongono a rischi specifici la ASL sotto il profilo di eventuali illegalità che possono svilupparsi nel suo interno.

Vi è da dire, comunque, che l'esposizione al rischio delle attività aziendali viene mitigata, in molti settori, da norme di legge, da regolamenti, da procedure che regolano puntualmente tutte le fasi di vari processi, circoscrivendo e riducendo, in tal modo, l'ambito della discrezionalità.

Anche l'informatizzazione di numerosi processi garantisce la tracciabilità delle attività e dei soggetti responsabili nonché ne consente il monitoraggio costante della regolarità, anche sotto il profilo contabile, contribuendo a limitare ulteriormente il rischio di eventi corruttivi.

## 10. COMPITI PRIORITARI E RESPONSABILITÀ DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Al Responsabile della prevenzione della corruzione sono attribuiti i seguenti compiti:

- elaborazione del piano della prevenzione della corruzione;
- definizione di procedure atte a selezionare e formare i dipendenti che operano nei settori particolarmente esposti a rischio di corruzione;
- verifica dell'efficace attuazione del piano e sua idoneità;
- proposte di modifiche in caso di mutamenti dell'organizzazione e in caso di accertate violazioni;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a più elevato rischio di corruzione;
- individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione;
- pubblicazione della relazione annuale sui risultati dell'attività.

I suddetti compiti si inseriscono nella più specifica attività di gestione del rischio di corruzione che si attua con misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, secondo specifici monitoraggi e un'azione diretta in materia di prevenzione da parte del responsabile, coadiuvato e affiancato dai Referenti e da tutti i Dirigenti/Responsabili di strutture aziendali che concorrono, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici/servizi.

Il d. lgs. 97/2016 apporta importanti modifiche al decreto legislativo 14 marzo 2013 e interviene anche sulla legge 6 novembre 2012, n. 190, sia precisando i contenuti e i procedimenti di adozione del Piano nazionale anticorruzione sia dei piani triennali per la prevenzione della corruzione, rideterminando i ruoli, i poteri e le responsabilità dei soggetti interni che partecipano alle attività di prevenzione della corruzione.

Infatti, Stabilisce che il RPC "Svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV),

all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

- Controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dalla normativa.

- In relazione alla loro gravità, il responsabile segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il responsabile segnala altresì gli inadempimenti al vertice politico dell'amministrazione, all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

- Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza segnala all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Eventuali misure discriminatorie, dirette o indirette, nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni devono essere segnalate all'Autorità nazionale anticorruzione, che può chiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire nelle forme di cui al comma 3, articolo 15, decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39;

- In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

- Entro il 15 dicembre di ogni anno, il Responsabile anticorruzione trasmette all'organismo indipendente di valutazione e all'organo di indirizzo dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda o qualora il dirigente responsabile lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce sull'attività.”

Per quanto sopra riportato, si evidenzia la centralità del RPC che viene ribadita dall'Autorità poiché rappresenta, senza dubbio, uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della

normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Infatti la figura del RPC è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016.

La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

Pertanto, il Responsabile viene identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT).

il RPCT deve essere una persona che abbia sempre mantenuto una condotta integerrima, escludendo coloro che siano stati destinatari di provvedimenti giudiziari di condanna o provvedimenti disciplinari.

E' rimessa agli organi di indirizzo delle amministrazioni, cui compete la nomina, in relazione alle caratteristiche strutturali dell'ente e sulla base dell'autonomia organizzativa, la valutazione in ordine alla scelta del RPCT.

Al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, come previsto dall'art. 41 del d.lgs. 97/2016, è fondamentale un *supporto conoscitivo e operativo al RPC*: il RPC deve essere dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere. Infatti, l'interlocuzione con gli uffici e la disponibilità di elementi conoscitivi idonei non sono condizioni sufficienti per garantire una migliore qualità dei PTPCT. Pertanto, è necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle proprie funzioni. Ove ciò non sia possibile, è opportuno rafforzare la struttura di supporto mediante appositi atti organizzativi che consentano al RPCT di avvalersi di personale di altri uffici.

La necessità di rafforzare il ruolo e la struttura organizzativa a supporto del RPCT è tanto più evidente anche alla luce delle ulteriori e rilevanti competenze in materia di accesso civico attribuite al RPCT dal d.lgs. 97/2016. Tale struttura deve essere posta effettivamente al servizio del suo operato anche se potrebbe non essere esclusivamente dedicata a tale scopo ma, in una logica di integrazione delle attività, essere anche a disposizione di chi si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione (si pensi, ad esempio, all'OIV, ai controlli interni, alle strutture che curano la predisposizione del piano della *performance*).



Il d. lgs. n. 39/2013 “disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”, definisce che il Responsabile anticorruzione ha il compito di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi. Deve adempiere, inoltre, agli oneri informativi e di denuncia previsti all’art. 15 dello stesso decreto.

Il Responsabile del piano di prevenzione risponde in caso di mancata predisposizione del Piano e della sua corretta attuazione in tutte le sue declinazioni. In caso di commissione di un reato di corruzione con sentenza passata in giudicato all’interno dell’Azienda, il Responsabile risponde sia sul piano disciplinare oltre che per il danno erariale e di immagine dell’Azienda (art.21 d.lgs.165), salvo che provi di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano di prevenzione e di aver vigilato sul funzionamento e l’osservanza dello stesso.

Sulla base dei diversi orientamenti espressi dall’ANAC i criteri di scelta del RPC nelle pubbliche amministrazioni sono: Il RPC deve essere scelto, di norma, tra i dirigenti amministrativi di ruolo di prima fascia in servizio in modo da assicurare che il RPC sia un dirigente stabile dell’amministrazione, con una adeguata conoscenza della sua organizzazione e del suo funzionamento, dotato della necessaria imparzialità ed autonomia valutativa e scelto, di norma, tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva. La posizione di indipendenza che deve essere assicurata al RPC non appare coerente con la nomina di un dirigente che provenga direttamente da uffici di diretta collaborazione con l’organo di indirizzo laddove esista un vincolo fiduciario.

### **Ruolo degli organi di indirizzo e dei vertici amministrativi**

E’, senza dubbio, necessario ed indispensabile il coinvolgimento dei componenti degli organi dei vertici amministrativi al fine di una individuazione e condivisione delle misure da adottare addivenendo in tal modo ad una più equa distribuzione delle responsabilità connesse all’adozione del PTPC e alla sua attuazione, da non concentrarsi sulla sola figura del RPC, ma una partecipazione degli organi di indirizzo per una piena consapevolezza e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie.

Alla luce del d.lgs. 97/2016, l’organo di indirizzo, dispone di competenze rilevanti nel processo di individuazione delle misure di prevenzione della corruzione, infatti:

- Individua, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.
- Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione.
- Adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno e ne cura la trasmissione all'Autorità nazionale anticorruzione.

Come raccomandato dall'ANAC nel PNA 2016, su sollecitazione del RPCT, la Direzione Generale ha provveduto ad individuare il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti, nella persona del Direttore UOC Gestione contratti di servizi e forniture, Dott. Pierluigi Galassi, considerato che ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

### **Ruolo degli Organismi indipendenti di valutazione (OIV)**

A seguito all'entrata in vigore del d.l. 90/2014, non risultano modificati i compiti degli OIV già previsti in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, indicati nel PNA e nell'art. 14, co. 4 lett. g) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 sull'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

Il ruolo degli OIV, o organismi con funzioni analoghe, è importante anche per la verifica della coerenza tra gli obiettivi di *performance* organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Infatti, gli OIV validano la relazione sulle performance, di cui all'art. 10 del d.lgs. 150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse; propongono all'organo di indirizzo la valutazione dei dirigenti; promuovono e attestano l'assolvimento degli obblighi di trasparenza (art. 14, co. 1, lett. g), d.lgs. 150/2009).

L'OIV, inoltre, esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001.

Le modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla l. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal d.lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC, stabilendo che:

- L'Organismo indipendente di valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

- Esso verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti.

- riferisce all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

## 11. I REFERENTI DELLA PREVENZIONE

In considerazione della complessa articolazione aziendale e dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture della ASL, si è ritenuto necessario recepire la proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione, già avanzata con nota n°70609U13-CH del 21.11.2013, di avvalersi di un gruppo di supporto permanente di Referenti, rappresentativo delle molteplici attività aziendali, che opera in stretto collegamento con il Responsabile per la stesura e l'applicazione del Piano, al fine di garantire costantemente la legittimità dell'azione amministrativa, l'efficacia e la concretezza dell'azione di prevenzione della corruzione ed il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

La figura del Referente, è quella di un collaboratore del Responsabile Anticorruzione, dotato di poteri di vigilanza e controllo molto ampi operante in sedi staccate e in enti di particolare complessità.

Infatti, proprio per la complessità dell'organizzazione amministrativa della ASL, secondo quanto previsto anche nella circolare n°1/2013 del Dipartimento Funzione Pubblica, è fondamentale l'individuazione dei referenti da inserire nel Piano, che svolgano: attività informativa nei confronti del Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, ed un costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento ( secondo quanto previsto dal PNA ).

Quanto sopra, in considerazione del fatto che la collaborazione e il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza, soprattutto riguardo all'intero processo di gestione del rischio, è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi e che richiede, appunto, la partecipazione e l'attivazione di meccanismi di consultazione; tant'è che lo stesso PNA consiglia la costituzione di gruppi di lavoro per l'attività di identificazione, di analisi e di ponderazione dei rischi.

L'azione dei Referenti è subordinata alle indicazioni del Responsabile che resta il riferimento aziendale.

I Referenti della ASL Lanciano-Vasto-Chieti, sono stati individuati per le seguenti aree di attività che in fase di aggiornamento del Piano sono state implementate e complessivamente risultano essere:

- Assistenza Sanitaria di Base Specialistica e Territoriale

- Governo dei contratti di servizi e forniture
- Gestione accordi Contrattuali con Erogatori Privati
- Distretti Sanitari di Base Aziendali
- Gestione Attività Amministrative PP.OO. e Formazione
- Amministrazione e sviluppo delle Risorse Umane
- Direzioni Mediche PP.OO.
- Affari Generali e Legali
- Informatica e Reti
- Investimenti, Patrimonio e Manutenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Servizi Economici e Logistici
- UU.OO. Dipartimento di Prevenzione
- Segreteria Direzione Generale
- Ingegneria Clinica
- Servizi Territoriali(Servizio Farmaceutico,Medicina Penitenziaria,Medicina Legale, Ser.D.,Servizio Attività Consultoriale)
- Sistema Informazione,Comunicazione e Marketing
- Servizio Aziendale Professioni Sanitarie (SAPS)
- Contabilità e Bilancio
- Qualità, Accredimento e Risk Management
- Progettazione strategica e sistemi di performance
- Servizio Valutazione Appropriatazza delle Prestazioni Sanitarie
- Governo Liste d'Attesa e Sistemi di Prenotazione
- Servizio Prevenzione e Protezione
- Servizio Farmaceutico Ospedaliero
- Medico Competente
- Comitato Etico
- Dipartimenti Sanitari
- Fisica Sanitaria
- ADI Assistenza semiresidenziale e residenziale
- Cure Palliative e Hospice

Di conseguenza, per garantire l'attivo coinvolgimento delle UU.OO. nella redazione del piano, la Direzione Generale, con nota n° 47133 del 16.9.2016, ha trasmesso ai Dirigenti e Referenti delle aree mappate, la nota del RPCT nella quale veniva comunicata l'adozione del PNA 2016 da parte dell'ANAC e la sintesi del suo contenuto, PNA col quale l'Autorità ha voluto fornire ai soggetti che interagiscono nel Sistema Sanitario, specifiche raccomandazioni per contrastare i potenziali fattori di condizionamento, da osservare per la redazione ed attuazione dei rispettivi PTPC, tenendo conto del contesto ambientale, della tipologia e del livello di complessità dell'organizzazione sanitaria e del sistema di relazioni in essa esistenti.

In particolare, è stato ribadito il dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT essendo imprescindibile per l'elaborazione del Piano un forte coinvolgimento dell'intera struttura, chiedendo di dare, pertanto, la massima collaborazione allo stesso, partecipando attivamente alla gestione e valutazione dei rischi, alla individuazione delle misure da applicare, nonché al controllo e monitoraggio della loro effettiva e concreta applicazione, tenuto conto della rilevante importanza strategica che riveste il PTPC.

Pertanto, tutti i Responsabili delle Unità Operative aziendali coinvolti nel Piano, sono tenuti a fornire il necessario apporto sia al Responsabile anticorruzione che ai Referenti delle aree definite. Infatti nell'esplicazione delle attività, il Responsabile dell'anticorruzione sarà affiancato sia dai Referenti che dai Dirigenti ai quali sono affidati poteri di controllo e attribuiti obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione.

## 12. LA RESPONSABILITA' DEI DIRIGENTI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE

La concreta attuazione delle misure anticorruzione, è strettamente legata al ruolo attivo dei dirigenti. Infatti, il vertice aziendale impartisce indirizzi ed istruzioni affinché sia assicurato che tutte le unità organizzative forniscano il loro apporto collaborativo al responsabile della prevenzione ( cfr Circolare 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica).

Occorre, pertanto, richiamare l'attenzione sul fatto che con recenti modifiche normative è stato innovato il testo dell'articolo 16 del D.lgs. n. 165 del 2001, il quale disciplina le funzioni dei dirigenti.

In particolare, con il D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e il D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge n. 135 del 2012, sono state introdotte tre lettere nell'ambito del comma 1 dell'articolo, attribuendo ai dirigenti specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione. Gli attuali commi 1-bis), 1-ter) e 1-Quater) prevedono che i dirigenti:

- 1-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;
- 1-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
- 1-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”.

Con le nuove norme è stata, quindi, affiancata l'attività del Responsabile della prevenzione della corruzione con l'attività dei dirigenti, ai quali sono affidati poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione.

Dall'esame del quadro normativo, risulta, pertanto, che lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione sono il risultato di un'azione sinergica e combinata dei singoli responsabili degli uffici e del responsabile della prevenzione, secondo un processo *bottom-up* in sede di formulazione delle proposte e *top-down* per la successiva fase di verifica ed applicazione.

Per la mappatura dei processi è indispensabile la massima partecipazione dei responsabili degli uffici, per le parti di rispettiva competenza, sia per la rilevazione che per le successive fasi di identificazione e valutazione dei rischi. Per una maggiore collaborazione dei Dirigenti, saranno fatti adeguati e mirati processi formativi, ma anche elaborate soluzioni organizzative e procedurali che consentano una maggiore partecipazione dei responsabili degli uffici a tutte le fasi di predisposizione e di attuazione del PTPC, promuovendo così la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti.

La collaborazione è, infatti, fondamentale per consentire al RPC e all'organo di indirizzo che adotta il PTPC di definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo. La fase principale nell'elaborazione del PTPC è quella di individuare e programmare le misure in termini di precisi obiettivi da raggiungere da parte di ciascuno degli uffici coinvolti anche ai fini della responsabilità dirigenziale.

I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

Infatti, nelle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura, emergendo più chiaramente che il RPCT deve avere la possibilità di incidere effettivamente all'interno dell'ente e che alla responsabilità del RPCT si affiancano con maggiore decisione quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPC, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione.

Maggiore attenzione sarà, dunque, data alla responsabilità disciplinare dei dipendenti, attivabile dai responsabili degli uffici e prefiggendosi come obiettivo il rigoroso rispetto dei doveri del Codice di comportamento .

Di conseguenza, i dipendenti destinati a operare in settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione, i responsabili delle posizioni organizzative e i dirigenti con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge e dai regolamenti vigenti, devono attestare di essere a conoscenza *del Piano per la prevenzione della corruzione*, approvato con Delibera del Direttore Generale della A.S.L. e provvedere all'esecuzione di quanto in esso previsto per le parti di rispettiva competenza.



### 13. INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A PIÙ ELEVATO RISCHIO DI CORRUZIONE

Nell'ambito di attuazione della legge 190/2012, la gestione del rischio rappresenta la finalità principale cui tendono tutte le azioni le quali hanno carattere preventivo e comprendono un insieme di attività coordinate, per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione nel campo del rischio di corruzione.

Per poter individuare le aree a rischio di fenomeni corruttivi, si definisce il concetto di **rischio corruttivo** come la pericolosità di un evento calcolata con riferimento alla probabilità che questo si verifichi, correlata alla gravità delle relative conseguenze.

Ciò richiede all'Azienda di individuare tre fasi di lavoro:

- La mappatura dei processi
- La valutazione del rischio per ciascun processo
- Il trattamento del rischio

La mappatura dei processi viene effettuata nelle aree di rischio individuate dall'art. 1, comma 16 della legge 190/2012 e raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'art. 16, comma 1, lettera a-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165.

Ai sensi della legge 190/2012 vanno considerati principalmente i seguenti processi:

- Autorizzazioni o concessioni
- Scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi ai lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163. Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara (art. 1 comma 17 legge 190/2012).
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati.
- Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del decreto legislativo 150 del 2009.

L'individuazione iniziale delle strutture aziendali interessate nella gestione del rischio è stata fatta dal Direttore Amministrativo Aziendale con riferimento alle varie e complesse Strutture, Dipartimenti e UU.OO. di cui è costituita l'organizzazione dell'azienda e alle procedure generali o specifiche di processo adottate e ad essi afferenti, già implementate con il PTPC 2016-2018 e, ad oggi, ulteriormente esaminate e approfondite tenuto conto di quanto indicato nell'aggiornamento 2015 del PNA e nel PNA 2016, con cui l'Autorità ha avvertito l'esigenza di dotare l'Aggiornamento di un approfondimento dedicato alla Sanità al fine di fornire strumenti di lettura della complessità del sistema, individuando le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione e le relative misure preventive, con l'obiettivo fondamentale di salvaguardare il rilevante patrimonio di competenze e di capacità professionali, contrastando in maniera sempre più efficace i comportamenti corruttivi.

Il censimento dei procedimenti interessati alla valutazione e trattamento del rischio è soggetto a revisione continua, secondo specifica verifica, considerata la natura della materia, le esigenze organizzative, il verificarsi di eventi significativi, l'evoluzione normativa di settore. Le variazioni in questione vengono gestite anche in armonia con gli interventi di revisione dell'Atto Aziendale.

Pertanto, il presente documento nella parte recante la mappatura dei processi, l'analisi dei rischi, il piano di azione per il trattamento del rischio, tiene conto sia delle aree a rischio definite dalla Legge 190/2012 sopraelencate, che di altre aree individuate sulla base della specificità aziendale e che nel PTPC 2016-2018 erano state già implementate, data la complessità organizzativa aziendale.

Con l'Aggiornamento 2015 PNA e con il PNA 2016 l'ANAC ha fornito indicazioni sulla predisposizione dei Piani delle aziende sanitarie con cui si è tenuto conto di elementi comuni ritenuti obbligatori, nonché si è orientata la pianificazione strategica verso ulteriori interventi finalizzati a rafforzare la gestione del rischio e a prevenire e contrastare eventuali fenomeni di corruzione per particolari aree sensibili, tant'è che sono stati individuati gli eventi rischiosi e le misure di prevenzione per alcune aree di rischio sia "generali" che "specifiche, come di seguito riportate:

**Aree di rischio generali** che necessitano, per il settore sanitario, di ulteriori specificazioni. Si tratta delle aree relative a:

- a) contratti pubblici;
- b) incarichi e nomine;

- c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- d) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

**Aree di rischio specifiche**, peculiari del settore sanitario, relative a:

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

Pertanto, alla luce di quanto sopra, le aree di attività che complessivamente sono state trattate nel presente Piano risultano essere le stesse riportate al paragrafo 11.

Gli strumenti già previsti o già in uso presso l'azienda per finalità della prevenzione della illegalità, come le ispezioni, tutti i controlli di varia natura in essere, l'esercizio della vigilanza, verranno censiti e valorizzati, coordinati e stimati rispetto alle misure e le indicazioni introdotte dal Piano nazionale Anticorruzione e recepite dal P.T.P.C.

Gli adempimenti, i compiti e le responsabilità previste dal Piano vanno inseriti nel ciclo delle performance.

Infatti, il Piano assume un valore programmatico ancora più incisivo, dovendo necessariamente prevedere gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione fissati dall'organo di indirizzo. L'elaborazione del PTPC presuppone, dunque, il diretto coinvolgimento del vertice aziendale in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione, decisione che è elemento essenziale del Piano stesso e dei documenti di programmazione strategico-gestionale.

## 14. IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE

Rilevato che l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nei PTPCT deve trovare conforme riscontro anche negli altri strumenti di programmazione e nella valutazione delle *performance con il raggiungimento degli obiettivi* organizzativi e individuali assegnati alle UU.OO. e ai loro dirigenti, prevedendone l'attuazione come uno degli elementi di valutazione del dirigente stesso, la Direzione Generale, in accordo con il Nucleo Aziendale di Valutazione, ha

stabilito di prevedere, sia per l'area SPTA che per l'area sanitaria, specifici obiettivi e indicatori inerenti la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

La valutazione del "potenziale evento corruttivo", per l'anno 2016, è stata effettuata da ciascun Direttore di UOC/UOSD firmatario della scheda budget, attraverso l'elaborazione di almeno due schede, compilate in conformità ai criteri e alla metodologia di cui all'allegato 5) al Piano Nazionale Anticorruzione.

Il Direttore di Dipartimento, a sua volta, fra tutte le schede fatte pervenire dai propri Dirigenti, ne ha individuate due, a sintesi dipartimentale, relative ai potenziali eventi corruttivi che ha ritenuto si possano verificare con un indice di probabilità maggiore nel proprio Dipartimento.

Pertanto, con l'inserimento degli obiettivi gestionali ed operativi assegnati ai vari Direttori/Dirigenti di UO aziendali, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, la Direzione Generale ha evidenziato il proprio diretto coinvolgimento in ordine alle finalità da perseguire nelle suddette materie, rappresentando, in tal modo, la lotta alla corruzione un obiettivo strategico strettamente connesso con la programmazione di performance.

Particolare attenzione, dunque, deve essere posta alla coerenza tra PTPC e Piano della *performance* sia perché le politiche sulla *performance* contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione, sia perché le misure di prevenzione della corruzione devono trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Tutto ciò agevola l'individuazione di misure ben definite traducendole in obiettivi da raggiungere, le rende più efficaci e verificabili. Pertanto, prevedendo l'attuazione delle misure indicate nel PTPC come uno degli elementi di valutazione del Dirigente, si conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della legalità e trasparenza della funzionalità amministrativa.

## 15. LA GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio è la fase in cui si individuano le attività e gli uffici maggiormente esposti al rischio di corruzione, precede l'elaborazione del Piano ed è lo strumento utilizzato dall'Azienda per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi, pertanto la pianificazione, mediante l'adozione del P.T.P.C., è il mezzo per attuarlo.

Al fine di dare al processo di gestione del rischio una impostazione tale da renderlo efficace, si devono valorizzare i seguenti principi:

- non va inteso come un processo formalistico né un mero adempimento burocratico;
- non è un'attività meramente ricognitiva, ma è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, introducendo efficaci strumenti di prevenzione e deve interessare tutti i livelli organizzativi;
- basandosi fundamentalmente su un processo di diagnosi e trattamento del rischio, richiede ai Dirigenti di effettuare scelte consapevoli, dando priorità a determinate azioni per le quali si scelgono le più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi. Sia le scelte che le relative responsabilità riguardano, in particolare gli organi di indirizzo, i Dirigenti di struttura e il RPC.
- è un processo di miglioramento continuo e graduale: che, da un lato deve tendere alla completezza nell'analisi, valutazione e trattamento del rischio e contemporaneamente deve prevedere misure sostenibili e attuabili;
- è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere il coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni.

L'intero processo nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti, si fonda sulla partecipazione e sull'attivazione di meccanismi di consultazione ed il coinvolgimento dei Dirigenti e Referenti per le aree di rispettiva competenza. Infatti, come già illustrato, per l'attività di identificazione, di analisi e di ponderazione dei rischi sono stati nominati i Referenti delle UU.OO. individuate. Inoltre, con delibera n° 7 del 28.12.2015 è stato Costituito il "Gruppo di Lavoro" per la gestione del rischio corruttivo, inteso come una task force multidisciplinare in grado di coordinare le attività di analisi e di sistematizzarne i risultati, nella fase di valutazione e rivalutazione del livello di rischio che ciascun Dirigente effettua attraverso l'elaborazione delle schede di un potenziale evento corruttivo ed il confronto dei processi riguardanti le UU.OO. coinvolte nel Piano Anticorruzione Aziendale.

Le fasi principali seguite dall'Azienda sono le seguenti:

- Analisi del contesto
- Mappatura dei processi attuati dall'azienda;
- Valutazione del rischio per ciascun processo;
- Trattamento del rischio.

## **Analisi del contesto**

Con l'aggiornamento 2015 al PNA adottato con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, l'ANAC ha evidenziato che la prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne. Infatti le caratteristiche del contesto esterno ed interno costituiscono fattori importanti da considerare poiché possono influire significativamente sul livello di esposizione al rischio corruttivo dell'amministrazione. Pertanto, l'analisi del contesto, come riportato nel paragrafo N° 5 rappresenta uno degli elementi in base al quale definire la strategia di prevenzione e ponderare le relative misure alle specifiche criticità riscontrate.

## **Mappatura dei processi attuati dall'Azienda**

La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio e consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e della responsabilità per ciascuna fase, attribuendo al concetto di processo un'accezione più ampia di quello di procedimento amministrativo.

La mappatura dei processi è effettuata dall'Azienda sia per le aree di rischio obbligatorie individuate dalla normativa e per le sottoaree in cui queste si articolano, sia per le altre aree di attività individuate a rischio nel presente P.T.P.C., come già specificato al paragrafo N° 13.

A seconda del contesto, l'area di rischio individuata dall'Azienda può coincidere con l'intero processo o soltanto con una fase che può rivelarsi più critica.

Per ogni processo, sottoprocesso o fase di processo trattato viene compilata, a cura della UO , una scheda di un potenziale evento corruttivo contenente tutte le informazioni necessarie per la gestione del rischio relativo al processo trattato, che di seguito si riportano: l' area di rischio; il procedimento; la descrizione del potenziale comportamento corruttivo; gli interessi privati favoriti; l'interesse pubblico danneggiato; l' analisi del rischio; la motivazione del livello di rischio rilevato; le misure di prevenzione idonee a neutralizzare o ridurre il livello di rischio.

Per l'elaborazione del presente Piano sono state analizzate la maggior parte delle attività che si espletano nella ASL, attraverso la valutazione di numerosi processi, come si evince dalle tabelle che costituiscono l'allegato n°1 del presente Piano.

In ogni caso, tenuto conto delle notevoli dimensioni e della complessità organizzativa aziendale e dei numerosi processi in cui si articola l'attività svolta, è tuttavia intenzione dell'Azienda proseguire con attenzione e accuratezza l'attività di analisi dei processi e relativi rischi, in particolare mappando il maggior numero di processi. Infatti per l'aggiornamento del presente Piano 2017-2019, al fine di migliorare la strategia di prevenzione, è stato esteso l'ambito di rilevazione al settore più strettamente sanitario, in modo da raggiungere un ottimo livello di approfondimento della mappatura, con il coinvolgimento di tutti i Dipartimenti sanitari di cui è costituita l'Azienda.

All'attività di mappatura dei processi hanno partecipato i Referenti con la condivisione e secondo le direttive loro impartite dai Dirigenti della propria area di competenza, i Dirigenti delle strutture organizzative principali e, data la complessità organizzativa, è stato costituito un gruppo di lavoro dedicato ed effettuate interviste puntuali agli addetti ai processi per conoscerne gli elementi propri e gli aspetti fondamentali, con il coordinamento del Responsabile della prevenzione della corruzione.

## **Valutazione del rischio**

L'attività di valutazione del rischio viene fatta per ciascun processo o fase di processo mappato.

Per valutazione del rischio si intende il processo di :

- Identificazione,
- Analisi
- Ponderazione del rischio.

**L'identificazione** consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi.

L'attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione. Gli eventi di corruzione possono essere identificati:

- Con il contributo dei soggetti coinvolti nei processi a rischio (dipendenti, responsabili, utenti...) mediante consultazione e confronto tra i soggetti stessi, tenendo presenti le specificità dell'Azienda, di ciascun processo e del livello organizzativo a cui il processo o la sottofase si colloca;

- Un utile contributo può essere dato dai dati tratti dall'esperienza e, cioè, dalla considerazione dei precedenti giudiziari ( in particolare, i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari ( procedimenti avviati, sanzioni irrogate) che hanno interessato l'Azienda,
- La determinazione degli indici di valutazione della probabilità di ciascun processo;
- Stimando l'efficacia del sistema dei controlli adottato;
- La considerazione dei criteri indicati nella Tabella Allegato 5 del P.N.A.: “ La valutazione del livello di rischio”, colonna sinistra ( discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, frazionabilità del processo, controlli), e colonna destra (impatto organizzativo, impatto economico, impatto reputazionale e di immagine).

L'attività di identificazione dei rischi è svolta dall'Azienda con il coinvolgimento dei dirigenti per l'area di rispettiva competenza tramite i propri Referenti. Il coordinamento generale dell'attività è assunto dal Responsabile della prevenzione della corruzione, con il coinvolgimento del Nucleo Aziendale di Valutazione.

### **L'analisi del rischio**

consiste nel determinare il livello di rischio degli eventi di corruzione per “misurarli” in base alla loro Probabilità e al loro Impatto sull'organizzazione. E' la valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio che è rappresentato da un valore numerico.

Per ciascun rischio catalogato, l'Azienda stima il valore della probabilità e il valore dell'impatto in base ai criteri indicati nella tabella Allegato 5 del P.N.A. : “ la valutazione del livello del rischio”.

La stima della probabilità tiene conto,tra gli altri fattori ( discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, frazionabilità del processo ), dei controlli vigenti.

A tal fine per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nell'Azienda che sia utile per ridurre la probabilità del rischio e la valutazione sull'adeguatezza del controllo è fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nell'Azienda, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

L'impatto si misura in termini di:



- impatto organizzativo
- impatto economico
- impatto reputazionale
- impatto organizzativo, economico e sull'immagine.

Il valore della probabilità e il valore dell'impatto debbono essere moltiplicati per ottenere il valore complessivo, che esprime il livello di rischio del processo.

L'analisi del rischio è stata fatta anche sulla base delle indicazioni fornite nella determinazione ANAC di aggiornamento 2015 PNA e nel PNA 2016, sulle specificità del contesto di riferimento.

Particolare rilevanza assumono in questa fase : contenziosi e/o segnalazioni; provvedimenti e procedimenti disciplinari; esiti di controlli ; incontri con i responsabili degli uffici e con il personale; evidenza sui media.

Si riportano di seguito gli indici di probabilità e impatto e i fattori utilizzati per la valutazione del rischio con i punteggi associati a ciascuna risposta, come da tabella Allegato 5 del P.N.A.

Per semplificare e facilitare il raffronto fra gli eventi corruttivi, si è ritenuto utile raggruppare i valori della quantità di rischio (livelli) in solo quattro livelli di rischio, pertanto le risultanze hanno prodotto una valutazione complessiva che si è ritenuto di classificare come segue:

|              |    |    |   |    |
|--------------|----|----|---|----|
| Trascurabile | da | 1  | a | 3  |
| Medio-Basso  | da | 4  | a | 7  |
| Rilevante    | da | 8  | a | 13 |
| Critico      | da | 14 | a | 25 |

Arrotondando i decimali per eccesso

## A. INDICI DI VALUTAZIONE DELLE PROBABILITA'

### Domanda 1: Discrezionalità

| <b>Il processo è discrezionale?</b>  |          |
|--|----------|
| No, è del tutto vincolato  | <b>1</b> |
| E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) | <b>2</b> |
| E' parzialmente vincolato solo dalla legge   | <b>3</b> |
| E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)          | <b>4</b> |
| E' altamente discrezionale   | <b>5</b> |

### Domanda 2: Rilevanza esterna

| <b>Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?</b>     |          |
|---|----------|
| No, ha come destinatario finale un ufficio interno  | <b>2</b> |
| Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento | <b>5</b> |

### Domanda 3: Complessità del processo

| <b>Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?</b> |          |
|--|----------|
| No, il processo coinvolge una sola p.a   | <b>1</b> |
| Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni   | <b>3</b> |
| Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni   | <b>5</b> |

### Domanda 4: Valore economico

| <b>Qual è l'impatto economico del processo?</b>  |          |
|--|----------|
| Ha rilevanza esclusivamente interna  | <b>1</b> |
| Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti) | <b>3</b> |
| Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto)   | <b>5</b> |

### Domanda 5: Frazionabilità del processo

| <b>Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)?</b> |          |
|---|----------|
| No  | <b>1</b> |
| Sì  | <b>5</b> |

### Domanda 6: Controlli (es. controllo preventivo e successivo di regolarità amministrativa, controllo di gestione..)

| <b>Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?</b> |          |
|---|----------|
| Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione   | <b>1</b> |
| Sì, è molto efficace  | <b>2</b> |
| Sì, per una percentuale approssimativa del 50%  | <b>3</b> |
| Sì, ma in minima parte  | <b>4</b> |
| No, il rischio rimane indifferente  | <b>5</b> |

**B. INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO**  
( Stimati sulla base di dati oggettivi a disposizione dell'Ente)

**Domanda 7: Impatto organizzativo**

|  |          |
|--|----------|
| <b>Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza), quale percentuale di personale è impiegata nel processo?</b><br><i>(se il processo coinvolge l'attività di più servizi, occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)</i> |          |
| Fino a circa il 20%  | <b>1</b> |
| Fino a circa il 40%  | <b>2</b> |
| Fino a circa il 60%  | <b>3</b> |
| Fino a circa il 80%  | <b>4</b> |
| Fino a circa il 100%   | <b>5</b> |

**Domanda 8: Impatto economico**

|   |          |
|---|----------|
| <b>Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?</b> |          |
| No  | <b>1</b> |
| Sì  | <b>5</b> |

**Domanda 9: Impatto reputazionale**

|   |          |
|---|----------|
| <b>Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?</b> |          |
| No  | <b>0</b> |
| Non ne abbiamo memoria  | <b>1</b> |
| Sì, sulla stampa locale   | <b>2</b> |
| Sì, sulla stampa nazionale  | <b>3</b> |
| Sì, sulla stampa locale e nazionale   | <b>4</b> |
| Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale   | <b>5</b> |

**Domanda 10: Impatto organizzativo, economico e sull'immagine**

|  |          |
|--|----------|
| <b>A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?</b> |          |
| A livello di addetto   | <b>1</b> |
| A livello di collaboratore o funzionario   | <b>2</b> |
| A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa  | <b>3</b> |
| A livello di dirigente di ufficio generale   | <b>4</b> |
| A livello del segretario generale  | <b>5</b> |

## **La ponderazione**

consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nello scegliere quali eventi di corruzione è necessario prevenire e con quanta urgenza, raffrontando il rischio con altri al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento.

Le fasi di processo, i processi o gli aggregati di processo per i quali siano emersi i più elevati livelli di rischio vanno ad identificare le aree di rischio, che rappresentano le attività più sensibili e da valutare ai fini del trattamento. Bisogna, pertanto, prevenire subito gli eventi con il livello di rischio maggiore.

La ponderazione può essere effettuata in base ai seguenti criteri:

- dare priorità agli eventi di corruzione, che possono ricorrere nei processi con il sistema di controlli meno efficace;
- a parità di controllo, dare priorità agli eventi di corruzione che hanno la modalità di rischio maggiore;
- a parità di modalità di rischio, dare priorità alle aree con quantità di rischio maggiore;
- a parità di quantità di rischio, dare priorità agli eventi più probabili.

La ponderazione è svolta sotto il coordinamento del responsabile della prevenzione della corruzione.

## **Il trattamento del rischio**

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio. Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione, che sono obbligatorie o ulteriori. Le misure definite "obbligatorie" non hanno una maggiore importanza o efficacia rispetto a quelle "ulteriori" e/o specifiche. L'efficacia di una misura dipende, infatti, dalla capacità di quest'ultima di incidere sulle cause degli eventi rischiosi ed è, quindi, una valutazione correlata all'analisi del rischio.

Non si devono proporre misure astratte e non realizzabili, ma esse devono essere opportunamente progettate e scadenze a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione. Infatti, nella fase di individuazione delle misure è necessario temperare la sostenibilità con la fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, al fine di evitare la pianificazione

di misure astratte e non realizzabili, proprio perché vanno previste misure concrete e traducibili in azioni precise e fattibili.

Infatti, come ribadito dall’Autorità, le misure vanno adattate alle caratteristiche specifiche dell’organizzazione; tutte le misure individuate devono essere adeguatamente programmate ( la programmazione delle misure rappresenta un contenuto fondamentale del PTPC); è necessario e opportuno indicare la tempistica, utile al fine di scadenzare l’adozione della misura, nonché di consentire un agevole monitoraggio da parte del RPC; indicare i responsabili, cioè gli uffici destinati all’attuazione della misura, in un’ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa.

L’individuazione, la valutazione e la programmazione delle misure, tenuto conto dell’impatto organizzativo, è avvenuta con il pieno coinvolgimento dei Dirigenti di struttura per le aree di competenza cui spetta la responsabilità della loro implementazione e attuazione, anche al fine di individuare le modalità più efficaci per la loro messa in atto.

## **Il monitoraggio delle misure**

L’azione del monitoraggio, che comporta la valutazione del rischio è finalizzata alla verifica dell’efficacia dei sistemi di prevenzione adottati, quindi, alla messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Essa è attuata dai medesimi soggetti che partecipano all’intero processo di gestione del rischio, al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Pertanto, considerata l’importanza del monitoraggio sull’attuazione delle misure, questa ASL ha provveduto alla costituzione del “Gruppo di Auditor” per la Verifica Ispettiva Interna (Auditing) della corretta applicazione delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018, istituendo un flusso informativo che ha fatto pervenire al Responsabile anticorruzione gli esiti dei diversi controlli (Audit) condotti all’interno dell’Azienda, informazioni utili come uno strumento per l’aggiornamento del PTPC.

Il monitoraggio del PTPC, è stato effettuato, infatti, sia sulla base di un sistema di reportistica, mediante acquisizione di relazioni e dichiarazioni rese dalle UO che, in tal modo, hanno rendicontato sul loro operato riguardo alle misure da porre in essere secondo quanto previsto nel Piano, sia attraverso Audit sulla corretta applicazione delle misure, per verificare le attività delle singole U.O. e se quanto previsto nel PTPC viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi, al fine di ricercare le evidenze oggettive della effettiva applicazione

delle misure, attraverso un dialogo con le U.O. risultate a rischio rilevante/critico, avviando così un processo documentato di miglioramento continuo che costituisce l'elemento azione/correzione del PTPC. Gli esiti sono stati positivi, si darà corso a tale attività anche nel 2017.

## 16. AREE DI RISCHIO TRATTATE

Il presente P.T.P.C. tiene conto delle indicazioni (metodologiche, operative e gestionali) contenute nel P.N.A. e qui recepite ed applica alle aree in tal modo individuate le indicazioni e le misure di prevenzione di cui al P.T.P.C. medesimo.

Innanzitutto, il presente Piano recepisce le aree di rischio che la l. n. 190/2012 individua espressamente come tali vale a dire le aree che sono elencate nell'art.1, comma 16, comuni ed obbligatorie a tutte le pubbliche amministrazioni e, in quanto tali, in considerazione della loro massima rischiosità, vengono trattate, nonché quelle indicate nell'aggiornamento 2015 PNA e PNA 2016.

Infatti, in aggiunta alle aree di rischio obbligatorie si sono individuate ulteriori aree, che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto della ASL, che scaturiscono dal processo di valutazione del rischio. Pertanto, tutte le aree che sono state prese in considerazione nel presente piano sono quelle già riportate al paragrafo N° 11 del presente documento.

Pertanto, per garantire la redazione di un piano della prevenzione della corruzione il più completo possibile, è stata avviata la rilevazione aziendale di tutte quelle attività che possono risultare di interesse per le finalità di cui alla legge 190/2012. La rilevazione ha coinvolto, quindi, quasi tutte le strutture e, considerate le dimensioni aziendali e la molteplicità delle attività che si svolgono, nel presente Piano sono stati mappati altri processi di alcune aree già trattate, rivalutati alcuni processi già mappati nonché, come già rappresentato, sono stati inseriti i processi inerenti ai Dipartimenti sanitari. In ogni caso, la rilevazione sarà soggetta a periodico aggiornamento, in base alle necessità/opportunità che verranno a determinarsi.

Infatti, il censimento dei processi è soggetto a revisione continua, secondo specifiche verifiche effettuate dalla Direzione Generale e dai Dirigenti Aziendali, in considerazione del mutamento delle esigenze organizzative, del verificarsi di eventi specifici e dell'evoluzione della normativa in materia.

Pertanto, le attività dell'azienda che, sono state esaminate da parte dei Responsabili delle strutture, coadiuvati dal referente individuato per la rispettiva area, attraverso l'elaborazione di apposite "schede di descrizione di un potenziale evento di corruzione", sono quelle descritte nella tabella di cui all'allegato 1, in cui sono riportate le strutture coinvolte e, per ciascuna area di attività : i singoli processi individuati a rischio di corruzione con il relativo livello di rischio; le misure specifiche correlate al relativo processo e la loro tempistica.

Il "Gruppo di Lavoro" per la gestione del rischio corruttivo, *task force multidisciplinare*, ha provveduto, ad esaminare, condividere e validare le schede su menzionate di valutazione e rivalutazione del livello di rischio che ciascun Dirigente ha effettuato attraverso l'elaborazione delle schede stesse anche con il confronto dei processi riguardanti le UU.OO. coinvolte nel Piano Anticorruzione Aziendale, per coordinare le attività di analisi e di sistematizzarne i risultati.

E' opportuno ribadire che la valutazione del rischio di corruzione effettuata sarà oggetto di monitoraggio da parte del RPCT, dei Dirigenti e dei Referenti e sarà soggetta ad aggiornamento ed implementazione, in quanto nel corso dell'anno 2017 potranno essere trattate altre sottoaree, attività e processi a rischio, rivalutati i livelli di rischio, salve sopravvenute e motivate esigenze che richiedano che siano apportate con urgenza modifiche al Piano aziendale.

## 17. I COMPITI DEI DIPENDENTI E DEI DIRIGENTI

Nella consapevolezza che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano nel tempo e che il presente documento viene e verrà aggiornato ogni qualvolta intervengano mutamenti significativi nell'organizzazione aziendale, si ritiene che tale attività si possa sviluppare secondo il programma, implementato in fase di aggiornamento del Piano, che qui di seguito si illustra e riportato nelle tabelle allegate al presente piano:

allegato n° 1 : riporta, per ciascuna area di attività, i singoli processi individuati a rischio di corruzione, nonché le misure specifiche correlate al processo con relativa tempistica;

allegato n° 2: riporta le misure di prevenzione della corruzione obbligatorie e specifiche.

In particolare:

- I dipendenti destinati ad operare in settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione, i responsabili delle posizioni organizzative, i dirigenti attestano di essere a conoscenza del Piano per la prevenzione della corruzione approvato con delibera del Direttore Generale della ASL e provvedono all'esecuzione di quanto in esso previsto per le attività di rispettiva competenza.
- Essi devono astenersi, ai sensi dell'art. 6 bis legge 241/1990, in caso di conflitto d'interessi, dall'adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e provvedimenti finali, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto, anche potenziale.
- La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.
- Per l'attuazione delle attività ad alto rischio di corruzione, i dirigenti responsabili dei settori interessati devono presentare entro il mese di giugno 2017 un piano preventivo dettagliato al Responsabile della prevenzione della corruzione che fra l'altro, deve contenere valutazioni circa la definizione dei criteri atti ad assicurare la rotazione dei dipendenti nei settori di competenza.
- I dirigenti, con particolare riguardo alle attività a rischio di corruzione, informano, tempestivamente e senza soluzione di continuità, il Responsabile della prevenzione della corruzione, in merito al mancato rispetto dei tempi procedurali, fondamentale elemento sintomatico del corretto funzionamento e rispetto del Piano e di qualsiasi altra anomalia



accertata, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure proponendole al Responsabile della prevenzione della corruzione, nel caso non rientrino nella competenza esclusiva dirigenziale. Pertanto, i suddetti responsabili verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti e relazionano semestralmente al Responsabile del piano su :

- dati relativi al numero dei procedimenti adottati;
- il numero dei procedimenti conclusi;
- il numero dei procedimenti per i quali si registra un ritardo ed i motivi dello stesso. I risultati del monitoraggio e delle azioni espletate, sono messi a disposizione della ASL.
- I dipendenti individuati dai dirigenti dei settori interessati opportunamente formati, nel rispetto della disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi, rendono accessibili, in ogni momento agli interessati, le informazioni relative ai provvedimenti e procedimenti amministrativi, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase.
- Le stazioni appaltanti inseriscono nei bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara ( art. 1, comma 17, legge 190/2012).
- Ciascun Dirigente propone, entro il 30 aprile di ogni anno, al Responsabile del Piano per la prevenzione della corruzione, il piano annuale di formazione della propria U.O., con esclusivo riferimento alle materie inerenti le attività a rischio di corruzione individuate nel presente Piano e l'elenco dei dipendenti da inserire nei programmi di formazione di cui all'art. 1, comma 1 della legge 190/2012.
- Considerato che il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto a trasmettere la relazione annuale , a consuntivo delle attività svolte e sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel piano (art. 1, c. 14 L. 190/2012 ), entro il 31 dicembre di ciascun anno:
  - i dirigenti di tutte le UO sono tenuti a presentare, entro il mese di novembre di ciascun anno, al Responsabile della prevenzione della corruzione, una relazione dettagliata sulle attività poste in merito all'attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel Piano, nonché i rendiconti sui risultati realizzati, in esecuzione del Piano stesso.
  - I Direttori delle UU.OO. monitorano, anche con controlli a campione tra i dipendenti adibiti alle attività a rischio di corruzione disciplinate nel presente piano, i rapporti aventi maggior valore economico tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o

che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione e presentano, ogni sei mesi, una relazione al Responsabile per la prevenzione della corruzione.

- I Dirigenti indicano, entro il 30 novembre di ogni anno, al Responsabile della prevenzione le forniture di beni, servizi, lavori da appaltare nei successivi dodici mesi, avendo cura di attivare le procedure di selezione, secondo le modalità indicate dalla legge, con congruo anticipo rispetto alla scadenza dei contratti aventi per oggetto la fornitura di beni, servizi, lavori.
- I Dirigenti di tutte le articolazioni aziendali, inoltre, dovranno effettuare una adeguata attività informativa per la corretta conoscenza e applicazione del codice di comportamento adottato dall'azienda, mentre un monitoraggio semestrale sulla sua attuazione con una verifica del relativo stato di applicazione, dovrà essere fatto dall'UPD e trasmesso al RPC.
- Infine, devono intendersi qui riportati tutti gli ulteriori compiti ed attività di competenza dei Dirigenti, come indicati e previsti nei successivi paragrafi del presente Piano, nonché l'applicazione delle misure previste per ciascun processo, di cui alla tabella n°1 allegata al presente PTPCT.

Nel corso degli anni 2017-2019, potranno essere individuate altre iniziative e misure rispetto a quelle previste, per contribuire meglio a definire la strategia complessiva dell'anticorruzione, inserendola in una programmazione pluriennale e rendendo così possibile l'effettiva attuazione delle azioni e, in caso di necessità, addivenire alla revisione parziale delle misure e del Piano.

## 18. CODICE DI COMPORTAMENTO

I codici disciplinari e di comportamento del personale del comparto e della dirigenza del SSN, sono stati fatti oggetto di importanti rivisitazioni e integrazioni da parte del D.lgs. n. 150/2009 nonché, da ultimo, dal D.lgs.n. 39 del 08.04.2013 e dal D.P.R. n. 62 del 16.04.2013, sia per quanto riguarda gli aspetti procedurali e i termini, che per quanto attiene più strettamente alla tipologia di sanzioni, agli organi competenti ad irrogarle, nonché agli obblighi comportamentali dei dipendenti delle PP. AA..

L'art.15, comma 3, del D.P.R. n. 62 del 16.04.2013 prevede espressamente, tra l'altro, che "l'ufficio procedimenti disciplinari, oltre alle funzioni disciplinari di cui all'art 55-bis e seguenti del D.lgs. n. 165 del 2001, cura l'aggiornamento del codice di comportamento dell'amministrazione, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'art. 54-bis del D.Lgs. n. 165 del 2001...", a tal fine operando in stretto raccordo con il responsabile della prevenzione di cui all'art. 1, comma 7, della legge n. 190 del 06.11.2012.

La nuova disciplina prescrive le condotte da adottare in servizio, nei rapporti privati e con il pubblico, contrastando le pratiche scorrette: divieto di ricevere regali, lotta al conflitto di interesse, prevenzione della corruzione.

Di conseguenza, il codice di comportamento è da considerarsi una misura di prevenzione della corruzione fondamentale, in quanto le norme in esso contenute regolano il comportamento dei dipendenti in senso legale ed eticamente corretto e, pertanto, indirizzano l'azione amministrativa; tant'è che la legge 190/2012, chiarisce che la violazione delle regole del Codice generale approvato con DPR e dei codici adottati da ciascuna amministrazione dà luogo a responsabilità disciplinare.

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti, quindi, ha ritenuto opportuno e necessario, doversi dotare di più aggiornati documenti, distinti per il personale del Comparto e della Dirigenza, redatti in modo coordinato e integrato alla luce delle segnate novelle legislative, che consentano una più agevole e snella consultazione anche da parte degli altri titolari dell'azione disciplinare individuati, ai sensi dell'art. 69, comma 1 del D.Lgs. n. 150/2009. Pertanto, con delibera n. 1370 del 24/09/2013, l'azienda ha provveduto a ristrutturare e ricostituire l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD) e, nel contempo, a dotarsi di n° 2 codici disciplinari e di comportamento, distinti per l'area della Dirigenza e del Comparto, redatti ed aggiornati in attuazione di quanto disposto nel DPR n° 62/2013, recante il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e perseguimento dell'interesse pubblico.

Data l'importanza dell'adozione del codice di comportamento aziendale, al fine di rispettare le prescrizioni impartite dal DPR 62/2013 e di darne puntuale e tempestiva ottemperanza, tutti i Dirigenti aziendali sono stati incaricati di informare e dare la più ampia diffusione a tutto il personale afferente la propria area di competenza, ai codici di comportamento aziendali, peraltro ampiamente pubblicizzati sulla home page del sito aziendale e pubblicati nella sezione

Amministrazione Trasparente, nonché sono tenuti a vigilare sulla loro osservanza, attivando tempestivamente, in caso di riscontrata violazione, il procedimento disciplinare nei confronti del trasgressore secondo la disciplina prevista dalle norme di legge e dal regolamento aziendale.

Infatti, tutti i dipendenti sono tenuti all'osservanza delle norme di comportamento contenute nei Codici, la cui inosservanza si sostanzia nella violazione degli obblighi fondamentali derivanti dal presente Piano e, pertanto, rileva sia sotto il profilo della responsabilità disciplinare, sia sotto il profilo della valutazione della *performance*.

Con nota del 02.11.2016, il RPC ha comunicato alla UOC Affari Generali e Legali la pubblicazione, da parte dell'ANAC sul proprio sito istituzionale, delle linee guida contenute nel documento oggetto di consultazione, con lo scopo di fornire agli enti del SSN indicazioni pratiche e alcune raccomandazioni per l'adozione dei Codici di comportamento da parte dei singoli enti, al fine di contestualizzare le norme di portata generale contenute nel d.p.r. 16 aprile 2013, n. 62.

Pertanto, sarà cura dell'Ufficio per i procedimenti disciplinari formulare, nel corso del 2017, eventuali proposte di adeguamento del Codice aziendale in relazione alle suddette linee guida.

## 19. ROTAZIONE DEL PERSONALE

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

Infatti secondo la CIVIT *“L’alternanza tra più professionisti nell’assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l’aspettativa a risposte illegali improntate a collusione”*.

La rotazione, pertanto, allontana il privilegio o la consuetudine e la prassi, che possono finire per favorire coloro che sono capaci di intessere relazioni con i dipendenti e i dirigenti inamovibilmente inseriti in un certo ruolo, a discapito di altri. E già questo è un comportamento corruttivo, perché corrompe, lede il principio di imparzialità e parità di condizioni.

In primo luogo, occorre identificare in via preventiva gli uffici e i servizi che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione. Infatti è prevalentemente in questi ambiti che la rotazione degli incarichi deve essere utilizzata come strumento tipico anticorruzione.

Occorre, poi, individuare in via preventiva anche le modalità di attuazione della rotazione in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione.

La rotazione dei dirigenti e del personale presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, dal momento che si pone in chiaro conflitto con l'altrettanto importante principio di continuità dell'azione amministrativa, che implica la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività, tant'è che il Piano Nazionale Anticorruzione ricorda che lo strumento della rotazione non deve essere visto come una misura da applicare acriticamente ed in modo generalizzato a tutte le posizioni lavorative. Infatti, detta misura di prevenzione del rischio di corruzione impone alcuni passaggi preliminari.

Infatti, l'esperienza e la specializzazione del personale medico, amministrativo e tecnico riguardo ai vari e complessi procedimenti, unitamente al numero esiguo di personale in alcuni settori, determinano comprensibili difficoltà di avvicendamento e di rotazione che potrebbero avere ricadute sull'efficienza delle attività. È necessario, pertanto, tener conto dei profili giuridico-amministrativi e dei requisiti tecnici richiesti dai singoli settori di assegnazione. Occorrerà dunque trovare, in collaborazione con la Direzione Generale e i dirigenti delle UO a rischio, una soluzione organizzativa efficace ed impostare percorsi che siano applicazione operativa della previsione normativa.

Pertanto, al fine di garantire che la rotazione non comprometta il funzionamento degli uffici ed il patrimonio di abilità presenti, occorre coinvolgere il personale in percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche mediante sessioni formative in house, con l'obiettivo di creare competenze di carattere e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori. È possibile anche lo svolgimento di formazione ad hoc, con attività preparatoria di affiancamento, per il dirigente neo-incaricato e per i collaboratori addetti, affinché acquisiscano le conoscenze e la perizia necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata a rischio.

Si ritiene opportuno evidenziare che l'ANAC con la delibera n°13 del 4 febbraio 2015, concernente la valutazione dei provvedimenti in materia di rotazione del personale all'interno del Corpo di Polizia di Roma Capitale, ha formulato i seguenti importanti orientamenti in tema di

rotazione del personale nelle amministrazioni pubbliche che si aggiungono alle prescrizioni del Piano Nazionale:

1. la rotazione è rimessa alla autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
2. la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Pertanto, non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico;
3. la rotazione incontra dei limiti soggettivi, con particolare riguardo ai diritti individuali dei dipendenti soggetti alla misura e ai diritti sindacali. Le misure di rotazione devono contemperare le esigenze di tutela oggettiva dell'amministrazione (il suo prestigio, la sua imparzialità, la sua funzionalità) con tali diritti;
4. i criteri di rotazione devono essere previsti nei PTPC e nei successivi atti attuativi e i provvedimenti di trasferimento devono essere adeguatamente motivati;
5. sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle OO.SS.. Tale informazione consente alle organizzazioni sindacali di presentare proprie osservazioni e proposte, ma non apre alcuna fase di negoziazione in materia.

Le suddette indicazioni tentano di fare chiarezza ad aspetti di notevole delicatezza al fine del corretto funzionamento delle P.A., inoltre col Piano Nazionale Anticorruzione adottato dall'ANAC con Delibera n. 831 del 3.08.2016, nella Parte Generale al p. 7.2 e nella Parte Speciale Capo VII Sanità, l'Autorità fornisce in merito, indicazioni generali di tipo organizzativo e di pianificazione strategica, per supportare le amministrazioni in scelte che investono direttamente la loro organizzazione e funzionalità.

Pertanto, anche alla luce delle recenti indicazioni fornite dall'ANAC, con nota del 25.11.2016, il RPC ha trasmesso alla Direzione generale e al Direttore UOC Risorse umane una bozza sui criteri di rotazione del personale al fine di valutare e condividere quanto elaborato, in modo da poter individuare le più opportune soluzioni riguardo al delicato e complesso argomento in questione, ad oggi ancora al vaglio dei suddetti Direttori. Nel corso di validità del presente Piano, si provvederà, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle UU.OO., all'adozione dei criteri e direttive interne per applicare la rotazione del personale

nelle aree ad alto rischio, salvaguardando, in ogni caso, le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari.

in attesa di specifiche indicazioni e /o regolamentazioni che saranno emanate, per individuare e sottoporre a rotazione periodica i profili e le categorie esposte a più elevato rischio di corruzione, la ASL recepisce dinamicamente i criteri definiti dall'ANAC.

I Responsabili di struttura procedono comunque alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari, collegati a condotte di natura corruttiva.

Per evitare inefficienze, la rotazione dovrà essere preceduta da un periodo di affiancamento o dalla predisposizione di corsi formativi.

Nel caso di impossibilità ad applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale a causa di motivati fattori organizzativi, si applica la misura al personale non dirigenziale, con riguardo innanzitutto ai responsabili del procedimento.

## 20. OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE

Premesso che il conflitto d'interesse è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) potrebbe interferire con l'abilità di un funzionario pubblico ad agire in conformità con i suoi doveri e responsabilità (interesse primario), l'art. 1, comma 41, della L.n. 190/2012, che ha introdotto l'art.6 bis nella L. n° 241/90, rubricato "conflitto di interessi", ha stabilito che "il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale".

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

Pertanto, i dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale Lanciano Vasto Chieti devono prestare la massima attenzione alle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interesse che la legge ha valorizzato con l'inserimento di una nuova e specifica disposizione, di valenza prevalentemente deontologico/disciplinare, nell'ambito della legge sul procedimento

amministrativo. A tal fine è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale ed è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

Inoltre, tale situazione di conflitto di interesse viene ribadita dall'art.6 del Codice di comportamento generale in cui è stabilito che: " il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi... Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al dirigente responsabile dell'ufficio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse, idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente, suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento.

Attraverso adeguati percorsi formativi, nonché idonee misure di pubblicità, la ASL si impegna a dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse , dei comportamenti da seguire e delle conseguenze che scaturiscono dalla violazione della normativa.

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti ha avviato le procedure per introdurre la dichiarazione di pubblico interesse, che costituisce in sé un modello di riferimento per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica, che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività



inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Tali dichiarazioni saranno utilizzate dal Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per favorire l'implementazione di un flusso di informazioni su cui poter orientare le attività di controllo. A tal proposito, verrà utilizzata una modulistica standard che Agenas ha reso disponibile sul proprio sito e che costituisce un modello di riferimento.

## 21. SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO – ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

La L. n.190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. lgs. n.165/2001, poiché il cumulo sullo stesso dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico soggetto decisionale.

Tale concentrazione aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri, determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e creare situazioni dalle quali possono emergere fatti corruttivi.

In particolare la L. n°190/2012 ha previsto che:

- Degli appositi regolamenti (adottati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'art.17, comma 2, della l.n.400 del 1988 ) debbono individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del d. lgs. n. 165 del 2001.
- Le amministrazioni debbono adottare dei criteri generali per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione, degli incarichi extra-istituzionali; come previsto dall'art. 53, comma 5, del D. Lgs. n.165/2001, modificato dalla L. n.190/2012.

- In sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, secondo quanto previsto dall'art. 53, comma 7, del D. Lgs. n.165/2001, le amministrazioni debbono valutare tutti i profili di conflitto di interesse, anche quelli potenziali, per cui l'istruttoria circa il rilascio dell'autorizzazione va condotta in maniera molto accurata.
- Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti (comma 12); in questi casi, l'amministrazione – pur non essendo necessario il rilascio di una formale autorizzazione – deve comunque valutare tempestivamente (entro 5 giorni dalla comunicazione, salvo motivate esigenze istruttorie) l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunicare al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico; sono da comunicare all'amministrazione solo quelli che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità che lo caratterizza all'interno dell'amministrazione di appartenenza; continua comunque a rimanere estraneo al regime delle autorizzazioni e comunicazioni l'espletamento degli incarichi espressamente menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del comma 6 dell'art.53 del D. Lgs.n.165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità; essi, pertanto, non debbono essere autorizzati né comunicati all'amministrazione;
- secondo quanto previsto dal comma 12 del predetto art. 53, gli incarichi autorizzati e quelli conferiti, anche a titolo gratuito, dalle pubbliche amministrazioni debbono essere comunicati al D.F.P. in via telematica entro 15 giorni;
- È disciplinata esplicitamente un'ipotesi di responsabilità erariale per il caso di omesso versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebito percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei Conti.

Ovviamente, alle suindicate nuove previsioni della legge n. 190/2012 – che sono intervenute a modificare il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 – si aggiungono le prescrizioni contenute nella normativa già vigente, tra cui, in particolare, la disposizione contenuta nel comma 58 bis dell'art. 1 della L.n.662/1996.

Riguardo all'adozione di norme regolamentari relative all'individuazione degli incarichi vietati ai dipendenti pubblici, per quel che concerne la ASL trova applicazione la L. n.190/2012 che all'art 1,c.60 stabilisce che : attraverso intese in sede di Conferenza unificata, si definiscono gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, volti alla piena e sollecita attuazione delle

disposizioni della stessa legge, con particolare riguardo all'adozione, da parte di ciascuna amministrazione, di norme regolamentari relativi all'individuazione degli incarichi vietati ai dipendenti pubblici.

## 22. CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITA' O INCARICHI PRECEDENTI

Il d.lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato: particolari ipotesi di inconfiribilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza; situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati e ipotesi di inconfiribilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per i delitti contro la pubblica amministrazione.

Quanto sopra, poiché lo svolgimento di certe attività può agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo. Infatti, il contemporaneo svolgimento di alcune attività di regola inquina l'azione imparziale della pubblica amministrazione favorendo illeciti scambi di favori.

In caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, la pericolosità del soggetto consiglia in via precauzionale di evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali.

Al riguardo l'ANAC con la delibera n°149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del d. lgs. n° 39/2013 nel settore sanitario", che sostituisce interamente la precedente delibera n°58 del 2013, è intervenuta nuovamente in materia di inconfiribilità e incompatibilità, al fine di evitare ulteriori dubbi interpretativi e applicativi e individua in particolare:

- Le strutture sanitarie alle quali si applica il d.lgs.39/2013, ritenendo che nell'espressione "Aziende Sanitarie Locali" si intendono ricomprese tutte le strutture preposte all'organizzazione e all'erogazione di servizi sanitari, incluse anche le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
- L'ambito e i limiti di applicabilità delle disposizioni in tema di inconfiribilità e incompatibilità ai dirigenti medici, precisando espressamente che "le ipotesi di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal

legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n.190, e dagli artt. 5,8,10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n.39.

L'ANAC, inoltre, con delibera n° 833 del 3 agosto 2016 ha emanato linee guida in materia di accertamento delle cause di inconferibilità ed incompatibilità da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione, alle quali lo stesso si è attenuto.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del D.lgs. n. 39/2013.

Nel caso in cui le cause di inconferibilità non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

Le condizioni ostative sono quelle previste dalla normativa, salva la valutazione di ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive. L'accertamento avviene mediante dichiarazione resa dall'interessato che deve essere pubblicata sul sito dell'Azienda ai sensi dell'art.20 D.lgs n. 39/2013. In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 D.lgs n. 39/2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art.18 del medesimo decreto.

## 23. INCOMPATIBILITÀ SPECIFICHE PER POSIZIONI DIRIGENZIALI

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

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

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

Al riguardo l'ANAC con la delibera n°149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del d. lgs. n° 39/2013 nel settore sanitario", che sostituisce interamente la precedente

delibera n°58 del 2013, è intervenuta nuovamente in materia di inconfiribilità e incompatibilità, al fine di evitare ulteriori dubbi interpretativi e applicativi, come illustrato nel paragrafo precedente.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico .

L'Azienda, pertanto, deve verificare la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei capi V e VI del D. lgs.n. 39/2013 per le situazioni ivi contemplate.

A tal fine, il Direttore della UOC Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane è tenuto ad assicurare che i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità, con cadenza annuale, fissata entro il mese di dicembre di ogni anno.

La dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda ai sensi dell'art.20 D. Lgs. n. 39/2013.

## 24. ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

La L. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art.53 del D. Lgs. n. 165/2001 , con lo scopo di ridurre le situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, in quanto durante il periodo di servizio il dipendente potrebbe artatamente predeterminarsi delle situazioni lavorative vantaggiose sfruttando la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. Quindi, per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto si deve eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

I dipendenti sono quelli che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d. lgs. n. 163/2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, anche in caso di collocamento in quiescenza, non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli.

I soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

Al fine di garantire quanto stabilito dalla normativa:

- il Direttore della U.O.C. Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane della ASL Lanciano Vasto Chieti deve garantire che, nei contratti di assunzione del personale, venga inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.
- Direttore della Funzione Governo dei Contratti di Servizi e Forniture della ASL Lanciano Vasto Chieti è tenuto ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia 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 della Azienda nei loro confronti, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. All'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti tutti gli altri responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità; in caso contrario si dispone l'esclusione dalle procedure di affidamento e 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. Lgs. n. 165/2001.

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

La L. n. 190/2012 ha introdotto l'incompatibilità per la prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici. Infatti, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del D.lgs n. 165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma, infatti, prevede:

“ 1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a) Non possono far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) Non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c) Non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.lgs n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del medesimo decreto.

La preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione, anche se la decisione non è ancora passata in giudicato.

I soggetti interessati sono: i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori ( questi ultimi nel caso in cui svolgano funzioni dirigenziali o siano titolari di posizioni organizzative).

La violazione della norma comporta l'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Pertanto, il Dirigente Responsabile della Funzione del Governo dei contratti di Servizi e forniture ed il Direttore della UOC Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane dell'Azienda,

ciascuno per la rispettiva competenza, nonché tutti i responsabili delle articolazioni aziendali, sia centrali che periferiche sono tenuti a verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nei seguenti casi: all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di servizi o forniture o di commissioni di concorso; all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri previsti dall'art. 3 del D.lgs n. 39/2013; agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, L'Azienda:

- Si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- Applica le misure previste dall'art. 3 del D.lgs. n. 39/2013,
- Provvede a conferire o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

Di conseguenza, in presenza di situazioni particolari di cui alla normativa, il Dirigente Responsabile della Funzione del Governo dei contratti di Servizi e Forniture ed il Direttore della UOC Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane dell'Azienda, nonché tutte le altre articolazioni aziendali, sono tenuti ad effettuare i controlli sui precedenti penali ed a porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo; ad assicurare che, nell'attribuzione degli incarichi, vengano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento; ad adeguare i propri regolamenti su quanto stabilito dalla norma.



## 26. TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO

Il comma 51 della legge 190/2012 ha previsto l'inserimento dell'art.54-bis al D.Lgs.165/2001 concernente la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

La nuova disciplina prevede una particolare tutela in favore del pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui abbia saputo in ragione del rapporto di lavoro. Il dipendente non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, aventi effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia, ovviamente fuori dai casi di calunnia e/o diffamazione. La norma ha la finalità di tutelare i dipendenti pubblici che denunciano illeciti alle autorità competenti o ai propri superiori gerarchici.

La tutela è assicurata mediante il divieto di rivelare il nome del denunciante, mediante la sottrazione della denuncia all'accesso e – come detto – il divieto di sanzionare, licenziare o sottoporre a misure discriminatorie il denunciante. L'identità del denunciante può essere resa nota solo ove ciò sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.

Al riguardo, questa ASL ha istituito un canale differenziato e riservato per ricevere tali segnalazioni mediante l'attivazione dell'indirizzo di posta elettronica [anticorruzione@asl2abruzzo.it](mailto:anticorruzione@asl2abruzzo.it), gestito dal Responsabile per la prevenzione della corruzione e reso pubblico sul sito istituzionale della ASL. L'ANAC, a supporto delle P.A. ha pubblicato un modello per la segnalazione di illeciti a cui questa ASL fa riferimento. Ciò posto, il dipendente che segnala illeciti dovrà utilizzare il predetto modello che, debitamente compilato, dovrà essere inviato al suindicato indirizzo di posta elettronica.

Nel caso in cui detta segnalazione venga presentata a mezzo del servizio postale o tramite posta interna, dovrà essere inviata in busta sigillata al Responsabile della prevenzione della corruzione, con apposta all'esterno la dicitura " Riservata ".

Le segnalazioni verranno registrate in un apposito registro riservato del protocollo: ad ogni denunciante verrà assegnato un codice sostitutivo dei dati identificativi dello stesso, che costituirà il codice di identificazione, custoditi presso l'ufficio dell'anticorruzione, al fine di garantirne la riservatezza.

Ricevuta la segnalazione, il Responsabile per la prevenzione della corruzione convoca il Gruppo di Lavoro, costituito per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite con delibera n°390 del 28.09.2015, per prendere in carico la segnalazione al fine di una prima sommaria istruttoria.

Accertata la presenza di tutti gli elementi utili ad acclarare i fatti, si valuta a chi inoltrare la segnalazione in relazione ai profili di illiceità riscontrati tra i seguenti soggetti: Dirigente della struttura cui è ascrivibile il fatto; Ufficio Procedimenti Disciplinari; Autorità Giudiziaria; Corte dei Conti; ANAC; Dipartimento Funzione Pubblica.

Tale sistema garantisce un buon livello di anonimato; per rafforzarlo, si dovrebbe informatizzare in modo che si anonimizzi il nominativo del segnalante. Si è in attesa della realizzazione del sistema automatizzato per la gestione della segnalazione delle condotte illecite in riuso da parte dell'ANAC, come previsto nella determinazione n° 6 del 28/04/2015.

Le segnalazioni saranno esaminate solo se sufficientemente dettagliate. Pertanto, per consentire la gestione delle stesse è necessario che la denuncia sia circostanziata, riguardi fatti riscontrabili, conosciuti dal denunciante e non riportati da altri soggetti, nonché contenga tutte le informazioni necessarie per individuare gli autori della condotta illecita. In mancanza di tali elementi, non sarà possibile procedere; tuttavia si valuterà la necessità/opportunità se inoltrare tale segnalazione, ancorché carente, al Direttore Generale ed al Responsabile della struttura di cui è stato segnalato l'illecito.

Chiunque riceve o viene a conoscenza della segnalazione e coloro che successivamente vengono coinvolti nel processo di gestione della segnalazione, sono soggetti all'obbligo della riservatezza, salve le comunicazioni che per legge devono essere effettuate.

La violazione dell'obbligo di riservatezza comporta responsabilità disciplinare e il mancato rispetto potrà comportare l'irrogazione di sanzioni disciplinari, salva l'eventuale responsabilità civile e penale dell'agente.

## 27. LA FORMAZIONE

La formazione riveste una grande importanza nell'ambito della prevenzione della corruzione: fondamentale è la definizione dei contenuti minimi dei piani di formazione in tema di anticorruzione e dei criteri in base ai quali viene articolata l'offerta formativa. Bisognerà programmare, anche nel corso del 2017, ulteriori percorsi di formazione su due livelli: un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, sull'aggiornamento delle competenze e sulle tematiche dell'etica e della legalità ed un livello specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, ai referenti, ai dirigenti e ai funzionari addetti alle aree a rischio.

Tale percorso di formazione, dovrà essere indirizzato secondo un approccio che sia al contempo normativo-specialistico e valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, potrà riguardare le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare i contenuti della Legge 190/2012, gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa oltre ad ogni tematica che si renda opportuna e utile per prevenire e contrastare la corruzione.

I Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali, al fine di assicurare la più ampia divulgazione delle suddette tematiche, dovranno organizzare presso le rispettive Unità Operative degli incontri formativi brevi nel corso dei quali gli operatori che hanno partecipato ai programmi di formazione aziendali, espongono le indicazioni essenziali apprese, assicurando così, la più ampia divulgazione dei temi relativi alla prevenzione e al contrasto della corruzione; di tali attività si dovrà dare riscontro al RPC.

Il Responsabile anticorruzione ha elaborato, per il 2016, un cronoprogramma con le indicazioni sui contenuti dei percorsi formativi da intraprendere in materia di anticorruzione e trasparenza, prevedendo il coinvolgimento di tutti gli operatori dell'azienda, condiviso dalla ASL che ha ritenuto necessario implementare lo sviluppo complessivo e la formazione delle risorse umane rivolta alla realizzazione degli obiettivi strategici correlati ai bisogni emergenti dell'azienda e mirati allo sviluppo delle professionalità.

Infatti, nel corso del 2016 sono stati erogati tre corsi: uno, di livello specifico, è stato destinato al RPC, ai Referenti anticorruzione e trasparenza, ai Dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, ai Direttori dei Distretti, ai Direttori dei PP.OO.. Un corso è stato destinato ai Direttori/Dirigenti Sanitari e Direttori di Dipartimento. Un corso si è svolto in videoconferenza, rivolto a tutto il personale del comparto sanitario e non. Pertanto, la formazione è stata di notevole importanza in quanto, considerata la complessità organizzativa aziendale e l'elevato numero di dipendenti, con essa tutto il personale di ogni ordine e grado è venuto a conoscenza della normativa sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza, del PTPC, nonché delle relative innovazioni apportate dal legislatore e dall'ANAC.

La predisposizione dei contenuti del piano di formazione del personale previsti dal P.T.P.C rientrano nella competenza del Direttore della UOC Formazione, d'intesa con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e dei Dirigenti delle singole UU.OO..

La individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità è effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione, d'intesa con i Dirigenti delle singole UU.OO..

Al fine di assicurare che i percorsi formativi predisposti dall'Azienda ai sensi del P.T.P.C. siano effettivamente mirati ad una formazione continua, capillare e diffusa del personale interessato e, tenuto conto della molteplicità e della varietà delle attività amministrative, sanitarie e socio-sanitarie che si svolgono e della conseguente necessità di predisporre attività formative specifiche e settoriali, è necessario prevedere, anche nell'ottica della massima economicità, che la formazione si svolga, di norma, in house, con cadenza periodica.

Le metodologie formative prevederanno la formazione applicata ed esperienziale (analisi dei rischi tecnici) e quella amministrativa (analisi dei rischi amministrativi); ciò con vari meccanismi di azione: analisi dei problemi da visionare, approcci interattivi, soluzioni pratiche ai problemi ecc..La individuazione dei docenti deve essere effettuata con personale preferibilmente non in servizio presso la ASL .Sarà necessario un monitoraggio sistematico della formazione e dei risultati acquisiti.

I corsi di formazione prevederanno meccanismi di valutazione e verifica del livello formativo acquisito, anche al fine di realizzare ogni azione migliorativa eventualmente necessaria.

Per il 2017, verranno attivati ulteriori corsi di formazione e di aggiornamento di cui al presente paragrafo, rivolti a tutti i dipendenti dell'Azienda, in modo da accrescere sempre di più le competenze e lo sviluppo del senso etico fra tutto il personale in servizio.

L' Azienda programmerà, altresì, adeguati percorsi di formazione di livello specifico – con riferimento alle politiche, ai programmi ed ai vari strumenti utilizzati per la prevenzione – per l'aggiornamento del Responsabile della prevenzione della corruzione, dei Referenti, dei dirigenti e dei funzionari addetti alle aree a rischio, tenuto conto del ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Azienda e della necessità di approfondire tematiche settoriali.

## 28. PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

Il patto di integrità è un sistema di condizioni avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza e, quindi, un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo , volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L' A.V.C.P. con determinazione n. 4/2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella determinazione si precisa che "mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara".

Infatti, il protocollo di legalità è un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo, volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti per farne, quindi, un mezzo di prevenzione di portata generale, capace di interporre efficaci barriere contro i tentativi di interferenze illecite nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici.

A tal fine, gli uffici addetti all'affidamento dei contratti di questa Azienda applicano la disciplina del Protocollo di Legalità in materia di appalti pubblici sottoscritto in data 29 luglio 2009 con la Prefettura di Chieti, in attuazione dell'art.1, comma 17, della l. n. 190/2012 e, sebbene, come formalmente dichiarato con la nota del 25/11/2015, questo Ente avesse manifestato il suo interesse alla sottoscrizione di un nuovo Protocollo di Legalità ed avesse conseguentemente già avviato un intenso lavoro interno finalizzato alla sua stesura, alla luce delle ultime disposizioni legislative contenute nella L.R. n. 34/2016, si è ritenuto di sospendere l'attività di stesura del nuovo protocollo di legalità, in attesa di valutare quali saranno i concreti sviluppi della normativa in parola in materia di centrale unica di committenza regionale.

## 29. AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti intende sviluppare azioni di sensibilizzazione al fine di creare un rapporto di fiducia con i cittadini e di portare all'emersione i fenomeni corruttivi. L' Azienda, per l' intrinseco collegamento tra il principio della trasparenza e la cultura della legalità, prevede di promuovere, nel corso del 2017, interventi ed azioni mirate sul tema dell'integrità nell'ambito dei

percorsi già dedicati alla trasparenza come le giornate della trasparenza, i momenti formativi, le informazioni pubblicate sul sito internet.

Si prevede, inoltre di promuovere, anche attraverso la presentazione del presente Piano, un percorso dedicato all'integrità che coinvolga, in particolare le associazioni che lavorano su questi temi, al fine di ideare e realizzare iniziative aperte agli stakeholder interni ed esterni, attivando canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi anche con il coinvolgimento dell'URP che rappresenta la prima interfaccia con la cittadinanza.

I contenuti delle iniziative, le buone prassi messe in campo e le azioni realizzate saranno pubblicate sul sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

## SEZIONE II

### *La Trasparenza*

#### PREMESSA

Il d.lgs. 97/2016 «*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*», ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini.

Inoltre, La nuova disciplina perseguendo l'obiettivo di semplificare le attività delle amministrazioni nella materia, ha unificato in un solo strumento il PTPC e il Programma triennale della trasparenza e dell'integrità (PTTI). Pertanto, La soppressione del riferimento al PTTI, per effetto della nuova disciplina, comporta che l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non sia oggetto di un separato atto, ma sia parte integrante del PTPC come "apposita sezione".

#### LA TRASPARENZA

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa, in quanto consente, in particolare, la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo, più in generale, per ciascuna area di attività e, di conseguenza, la responsabilizzazione dei funzionari; la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate; la conoscenza della situazione patrimoniale dei politici e dei dirigenti.

La trasparenza dell'attività amministrativa è assicurata dalla ASL Lanciano-Vasto-Chieti, mediante la pubblicazione sul sito istituzionale delle informazioni stabilite dal d. lgs. N°33/2013, così come modificato e integrato dal d.lgs. 97/2016 , che ha rafforzato la qualificazione della trasparenza che, ai sensi del nuovo art. 1, comma 1, del suindicato decreto, è ora intesa come "accessibilità

totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa”.

L'azienda, pertanto, in adesione a quanto stabilito dalla normativa, si propone di fornire all'utenza uno strumento per consentire la valutazione dell'operato della ASL 02 Lanciano Vasto Chieti, dando così una risposta all'esigenza di trasparenza, rendicontazione della performance e integrità nella Pubblica Amministrazione che è chiamata a svolgere le proprie attività istituzionali perseguendo i principi di efficienza e imparzialità.

Mira a garantire a tutti coloro che hanno uno specifico interesse nei servizi forniti dalla ASL e alla cittadinanza in generale, la piena ed efficace accessibilità, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, del suo andamento gestionale e dell'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, garantendo la pubblicazione on-line dei dati, favorendo forme diffuse di controllo sul buon andamento e imparzialità della gestione.

L'integrità è da intendersi in relazione al carattere strumentale che la pubblicazione ha al fine della prevenzione della corruzione nelle Pubbliche Amministrazioni, infatti la trasparenza è il mezzo attraverso il quale si possono prevenire varie forme di illecito e di conflitto di interessi ed accompagna opportunamente l'integrità in quanto la conoscenza pubblica dell'operato delle amministrazioni, costituisce di per sé uno strumento di prevenzione della corruzione all'interno delle organizzazioni pubbliche, fornendo all'amministrazione stessa e alla collettività gli strumenti per individuare situazioni che potrebbero dare spazio a comportamenti illeciti.

In questa sezione vengono indicate le iniziative intraprese e da intraprendere dall'Azienda ASL Lanciano Vasto Chieti nell'arco triennale di attività, ma è un documento per sua stessa natura dinamico e, in quanto tale, soggetto ad eventuali revisioni e/o aggiornamenti. Pertanto, costituisce uno strumento soggetto a possibili adeguamenti .

Trasparenza e partecipazione sono quindi i pilastri basilari delle regole di condotta dell'azienda che è tenuta alla pubblicazione di tutta una serie di dati e informazioni che favorisca un rapporto diretto fra cittadino e Pubblica Amministrazione e una gestione ottimale delle risorse pubbliche.

Oltre il profilo statico, consistente nella pubblicazione di dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico per finalità di controllo, la trasparenza presenta un profilo dinamico inserendosi strumentalmente nell'ottica di fondo del “miglioramento continuo” correlato direttamente al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei



portatori di interessi, gli stakeholder, il cui coinvolgimento, nonché il loro apporto, concorrono e agevolano il raggiungimento dell'obiettivo.

## 1. LE PRINCIPALI NOVITÀ

Il d.lgs. 97/2016 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva in sintesi, il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie nonché l'attribuzione ad ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

In particolare:

- è stata introdotta una nuova forma di **accesso civico** ai dati e ai documenti pubblici, equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita *Freedom of information act* (Foia).
- l'istituzione del sito internet denominato **"Soldi pubblici"**, per favorire la trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche al fine di migliorare la comprensione sui dati della spesa delle pubbliche amministrazioni. Il sito, gestito dall'Agenzia per l'Italia digitale, consentirà l'accesso e la consultazione dei dati dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni. Inoltre, ciascuna amministrazione pubblicherà sul proprio sito, nella sezione "Amministrazione Trasparente", i dati dei propri pagamenti, con l'indicazione della tipologia di spesa, e dei beneficiari, con esclusione delle spese relative al personale che vengono pubblicate in altre sezioni, così come disciplinato dagli articoli da 15 a 20 del D.Lgs 33/2013.
- Durata dell'obbligo di pubblicazione:** La disciplina vigente prevede che i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria devono rimanere sul sito web per un periodo di 5 anni o, per alcune tipologie di dati, per un periodo inferiore determinato dall'ANAC che può diminuire la durata della pubblicazione obbligatoria, basandosi su una valutazione del rischio corruttivo, sulle esigenze di semplificazione e delle richieste di accesso, oltre il quale vengono eliminati dal sito, ma possono essere chiesti con le modalità dell'accesso civico aperto. Viene abrogata la disposizione che prevede, una volta scaduto il termine di durata dell'obbligo di pubblicazione, il trasferimento dei documenti all'interno della sezione archivio del sito internet.

-Vengono introdotte misure di semplificazione degli obblighi di pubblicazione al fine di evitare duplicazioni, semplificare l'attività delle pubbliche amministrazioni ed agevolare l'accesso ai dati. Infatti, si prevede che la pubblicazione dei documenti nella sezione "Amministrazione trasparente", possa essere sostituita da un **collegamento ipertestuale** ad altra sezione del sito in cui sono presenti i relativi dati o documenti e si prevede che le pubbliche amministrazioni titolari di banche dati assolvano agli obblighi di pubblicazione consentendo l'accesso (collegamento ipertestuale esterno) ai documenti esistenti, contenuti in dette **banche dati**. Pertanto, l'obbligo è assolto con la pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del collegamento ipertestuale con la corrispondente banca dati.

-Viene **soppresso l'obbligo di redigere, il programma triennale per la trasparenza e l'integrità**, che viene inglobato in una specifica sezione del piano triennale di prevenzione della corruzione con l'indicazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati. Viene ribadita la necessità di uno stretto collegamento tra piano anticorruzione e piano delle performance tramite la promozione della trasparenza quale obiettivo strategico per la performance organizzativa e individuale.

- L'art. 11, modificando l'art.12 del d. lgs.33/2013, introduce un **nuovo obbligo di pubblicazione relativo alle misure integrative di prevenzione della corruzione, ai documenti di programmazione strategico-gestionale e agli atti degli organismi indipendenti di valutazione**.

-Per i **concorsi** viene aggiunta la necessità di pubblicare anche i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte.

-Per la **performance** occorre pubblicare anche i criteri di valutazione, nonché in forma aggregata i dati sulla distribuzione del salario accessorio ad essa connesso ed i gradi di differenziazione delle premialità.

-Riformato l'art.31: vanno pubblicati gli **atti degli OIV** che devono essere resi anonimi del contenuto se contengono informazioni personali. Vanno inoltre pubblicate le relazioni degli organi di revisione e i rilievi della Corte dei Conti sulla organizzazione e l'attività. Infatti la norma espressamente prevede *"Le pubbliche amministrazioni pubblicano gli atti degli organismi indipendenti di valutazione o nuclei di valutazione, procedendo all'indicazione in forma anonima" dei dati personali eventualmente presenti. Pubblicano, inoltre, la relazione degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio nonché tutti i rilievi ancorché non recepiti della Corte dei conti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici"*.

-Per i **procedimenti amministrativi** le modifiche attengono all'obbligo di pubblicare l'ufficio responsabile del procedimento e non più il nome del responsabile del procedimento. Viene meno l'obbligo di pubblicazione dei risultati delle indagini di customer satisfaction , delle convenzioni-quadro e delle ulteriori modalità di accesso ai dati nonché per lo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.

-Riguardo ai **provvedimenti amministrativi**, viene modificato l'art. 23 del d.lgs. 33/2013: non è più necessario pubblicare i provvedimenti finali dei procedimenti di autorizzazione e concessione e dei concorsi e prove selettive. Rimane l'obbligo di pubblicare i provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture e degli accordi stipulati dall'amministrazione, specificando il riferimento agli accordi di cui agli artt. 11 e 15 della legge 241/1990 (accordi integrativi o sostitutivi del procedimento e accordi fra pubbliche amministrazioni).

-**Carta dei servizi**. La disposizione di cui all'art. 28 del decreto in oggetto introduce l'obbligo di pubblicare la carta dei servizi **anche per i gestori di pubblici servizi**, oltre che per le pubbliche amministrazioni. Vengono abrogate le disposizioni che prevedevano la pubblicazione dei costi effettivamente sostenuti per i servizi e i tempi medi di erogazione dei servizi.

-Riguardo agli **obblighi di pubblicazione concernenti i tempi di pagamento dell'amministrazione**, agli obblighi già previsti, si aggiunge la pubblicazione annuale e trimestrale di un indicatore che tenga conto *"dell'ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici"*.

-All'art. 41 D. Lgs. 33/2013 è inserito il comma 1-bis: Le amministrazioni e gli enti del servizio sanitario nazionale "pubblicano altresì, nei loro siti istituzionali, i dati relativi a tutte le **spese e a tutti i pagamenti effettuati**, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio, e ne permettono la consultazione, in forma sintetica e aggregata, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari".

-Comma 2 :*"Le aziende sanitarie ed ospedaliere pubblicano tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento.*

Per attività professionali, ai sensi del comma 1, lettera c) dell'articolo 15, si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario".

-In riferimento agli **obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi** , rispetto al vigente art. 14 d.lgs.33/2013, viene ampliato l'ambito soggettivo: comma 1-bis. "Le PA pubblicano i dati di cui al comma 1 per i titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito, e per i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione.

Inoltre, a fronte delle suddette modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 agli obblighi di trasparenza del d.lgs. 33/2013, l'Autorità è intervenuta con apposite Linee guida, integrative del PNA, approvate in via definitiva con la delibera n. 1310 del 28.12.2016 «*Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016*».

-Vanno pubblicate le informazioni sulla programmazione delle **opere pubbliche**, infatti i soggetti interessati sono tenuti al rispetto di quanto previsto in materia di procedure di monitoraggio sullo stato di attuazione delle opere pubbliche, di verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti.

**-Obblighi sulle procedure d'appalto: Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.** La disposizione dell'art. 31 del decreto in oggetto conferma gli obblighi già previsti dall'art. 1 comma 32 della legge 190/2012, richiamando la possibilità dei collegamenti ipertestuali con le banche dati, e, inoltre, richiama gli obblighi di pubblicazione previsti dal nuovo codice degli appalti, decreto legislativo n. 50/2016.

Pertanto, considerate le innovazioni intervenute, la ASL sta provvedendo ad aggiornare la sezione "Amministrazione Trasparente" secondo le Linee guida ANAC che hanno fornito una mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti per le pubbliche amministrazioni dalla normativa vigente, predisposta in sostituzione dell'allegato 1 della delibera n. 50/ 2013.

Di conseguenza, è necessario il coinvolgimento di quasi tutti i settori dell'azienda, in considerazione di una realtà organizzativa molto settorializzata. L'impegno, quindi, è indirizzato in particolare sulla individuazione e normalizzazione dei dati da pubblicare, nonché sulle procedure di lavoro da seguire.

E' stato avviato, dunque, un processo continuo e progressivo di aggiornamento ed integrazione dei dati, al fine di consentire l'implementazione degli stessi: i dati vengono completati, aggiornati e pubblicati, dai Dirigenti delle UU.OO. competenti i quali, sotto la loro responsabilità, provvedono a curarne il continuo monitoraggio per assicurare l'effettivo aggiornamento delle

informazioni, pertanto i contenuti sono oggetto di costante aggiornamento relativamente allo stato di attuazione e/o eventuale ampliamento.

Con il presente programma ci si prefigge di implementare l'ambito della trasparenza sia in termini quantitativi che qualitativi. Ad oggi, gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 33/2013 riguardo agli obblighi informativi e di trasparenza sono stati adempiuti, solo per alcuni obblighi si è in attesa del loro completamento e altri vanno aggiornati. Un aspetto che richiede attenzione è quello di natura tecnica, la sezione "Amministrazione Trasparente", richiede un lavoro di sviluppo e razionalizzazione delle informazioni da pubblicare o già pubblicate per cui è necessario un costante supporto di figure informatiche. In ogni caso, l'attività di raccolta, analisi e monitoraggio dei dati dimostra la volontà di realizzare e continuare in un percorso che favorirà il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla legge.

E' fondamentale ribadire, in ogni caso, che la trasparenza non è e non deve essere intesa come un adempimento aggiuntivo rispetto alle normali attività delle strutture interessate alla pubblicazione dei dati, bensì come un'attività propria e caratterizzante il modo di operare delle UU.OO.

Le iniziative strategiche da porre in essere per raggiungere tali obiettivi sono prevalentemente:

- proseguire nel percorso di adempimento degli obblighi previsti dalla normativa;
- aumentare il livello di condivisione degli obiettivi riferiti alla trasparenza, sensibilizzando e coinvolgendo sempre di più le strutture aziendali nel percorso della trasparenza, da considerare non come un mero adempimento aggiuntivo, ma come una necessità organizzativa che va applicata e condivisa;
- prevedere fasi di controllo attraverso monitoraggi e rendicontazioni in tema di trasparenza.

L'impegno della ASL, pertanto, è stato e sarà incentrato sulla necessità di implementare la quantità e qualità dei dati pubblicati e da pubblicare, in un'ottica di accessibilità e trasparenza rispetto al cittadino-utente, considerato che ci si trova davanti ad una normativa in continua evoluzione che richiede, pertanto, una grande attenzione ed un'attività costante e quotidiana da parte di tutte le strutture aziendali ad essa deputata.

Si riportano, in maniera sintetica, gli ultimi interventi normativi adottati in materia di trasparenza e di integrità:

In particolare:

- La pubblicazione delle “Linee Guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati” , pubblicate con deliberazione del Garante per la protezione dei dati personali n. 243 del 15 maggio 2014, che sono state elaborate come opportuno supporto fornito a tutti i soggetti pubblici e altri enti obbligati per favorire l’implementazione, sotto il profilo della protezione dei dati personali, delle numerose e complesse disposizioni normative che si sono succedute negli ultimi anni in materia di pubblicazione e di diffusione dei dati, specie con riguardo al conseguimento della finalità di trasparenza. Il Garante della Privacy, allo scopo di contemperare le esigenze di pubblicità e trasparenza con i diritti e le libertà fondamentali, nonché la dignità delle persone, ha così individuato un quadro unitario e organico di cautele che le P.A. devono adottare nella diffusione dei dati personali nei siti web.

Il D.L. 24 giugno 2014 n. 90 “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari” in particolare:

- L’art. 19 (Soppressione dell’Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture e definizione delle funzioni dell’Autorità nazionale anticorruzione) al comma 1, ha previsto la soppressione dell’Autorità per la vigilanza dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (A.V.C.P.), trasferendo i compiti e le funzioni svolti dalla stessa, all’Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.). Quest’ultima assume compiti anche sanzionatori: il D.L., colmando la lacuna esistente, ha disposto l’applicazione di una sanzione amministrativa, non inferiore nel minimo a € 1.000 e non superiore nel massimo a € 10.000, per gli enti che non provvedono alla redazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, dei Programmi Triennali della Trasparenza o de Codici di Comportamento.
- Il d.lgs. 97/2016 «*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*».
- la delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016 «*Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016*» .

## 2. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA

### I dati

La pubblicazione on line sul sito istituzionale dei dati e delle informazioni deve tener conto di alcuni limiti posti dalla legge, delimitando le sfere di possibile interferenza tra discipline della trasparenza e protezione dei dati personali. In particolare deve avvenire nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 1, c 2 del d.lgs. 33/2013 ,della disposizione contenuta nell'art. 4 c. 4 del d.lgs. secondo la quale *“ nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione”*, nonché a quanto previsto dall'art. 4, c. 6, del medesimo decreto che prevede un divieto di *“ diffusione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale”*. Da ultimo, non bisogna trascurare le *“Linee Guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”* ,adottate dal Garante della Privacy con delibera n°243 del 15 maggio 2014.

I dati e le informazioni pubblicati sono selezionati in ottemperanza alle vigenti prescrizioni di legge in materia di trasparenza e indicazioni fornite dall'ANAC di cui alla delibera n. 1310 del 28.12.2016, dando, in tal modo, completa attuazione alla disciplina della trasparenza.

Pertanto, coerentemente con tali disposizioni, è stata redatta la presente sezione del Piano dedicata alla trasparenza che dovrà essere pubblicato e può essere consultato sul sito aziendale , nella sezione Amministrazione Trasparente.

La pubblicazione dei dati consente, quindi, di attuare la finalità principale che il legislatore vuole perseguire attraverso il meticoloso sistema di pubblicità dell'azione amministrativa che è il miglioramento nell'uso delle risorse, lo sviluppo della cultura dell'integrità, nonché la buona gestione delle risorse pubbliche.

E'previsto che vi sia un unico Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) che dovrà pertanto occuparsi di svolgere la regia complessiva della predisposizione del PTPCT, in costante coordinamento con le strutture dell'amministrazione come indicato nel PNA 2016.

La pubblicazione dei dati viene coordinata dal RPCT, Dirigente della UOSD Sistema Informazione, Comunicazione e Marketing che deve adottare, di concerto e con il supporto della

UOC Informatica e Reti e dell'Ufficio Stampa, tutti gli accorgimenti necessari per favorire l'accesso da parte dell'utenza e le modalità tecniche di pubblicazione, anche in funzione delle risorse disponibili in ottemperanza con quanto previsto dalle linee guida ANAC (trasparenza, aggiornamento e validità dei contenuti, accessibilità e usabilità). La moltitudine di dati e informazioni per i quali è fatto obbligo di pubblicazione, rappresenta anche uno stimolo ed una necessità alla riorganizzazione dei processi lavorativi in atto. La sezione della trasparenza richiede, infatti, sia un'opera di manutenzione ma soprattutto un'attività di supporto al fine di assolvere ai suddetti requisiti richiesti. E'infatti nelle attività di riordino e razionalizzazione dei contenuti, che un ruolo di fondamentale importanza spetta proprio alla UOC Informatica e Reti e all' Ufficio Stampa che devono supportare ed assistere il RPCT e i Dirigenti nella individuazione di soluzioni tecnologiche specifiche e alla loro attuazione. Soltanto in tal modo i dati potranno essere pubblicati secondo schemi che ne garantiscano l'integrità, la facile lettura e l'immediata accessibilità con chiarezza e semplicità. A tal fine, la ASL dovrà garantire la qualità delle informazioni assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità e la facile accessibilità.

In attuazione di quanto sopra, è stata attivata sul sito web aziendale, [www.asl2abruzzo.it](http://www.asl2abruzzo.it), e pubblicata in Home Page, un'apposita sezione denominata " Amministrazione Trasparente", dedicata alla libera consultazione, da parte dei cittadini delle informazioni che riguardano l'organizzazione e l'attività dell'ente, consultabili direttamente, senza alcuna necessità di essere identificati tramite nome utente e password.

L'allegato alle Linee guida di cui alla delibera n°1320/2016, sostituisce la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti per le pubbliche amministrazioni dal d.lgs. 33/2013, contenuta nell'allegato 1 della delibera n.50/2013. La tabella recepisce le modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016 relativamente ai dati da pubblicare e introduce le conseguenti modifiche alla sopramenzionata struttura della sezione dei siti web denominata "Amministrazione trasparente".

Essa è organizzata in sottosezioni al cui interno sono contenuti i dati , le informazioni e i documenti che vanno pubblicati ai sensi della normativa vigente, ciascuna corrispondente ad un determinato obbligo di pubblicazione secondo lo schema definito nella menzionata tabella.

Facendo clic sulle suddette sottosezioni, l'utente potrà avere accesso alle informazioni di interesse.

I dati vengono completati, aggiornati e pubblicati, dai Dirigenti delle UU.OO. competenti i quali, sotto la loro responsabilità, provvedono a curarne il continuo monitoraggio, per assicurare l'effettivo aggiornamento delle informazioni.



Pertanto, i contenuti sono oggetto di costante aggiornamento relativamente allo stato di attuazione e/o eventuale ampliamento, al fine di addivenire ad un completamento degli stessi con i dati mancanti, arricchendo così gradualmente la quantità di informazioni a disposizione del cittadino, per garantire una sempre maggiore conoscenza degli aspetti riguardanti l'attività dell'Azienda.

### **Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza posti dagli organi di vertice**

L'obiettivo fondamentale dell'azienda è quello di individuare delle azioni da mettere in campo al fine di rispondere ai numerosi e recenti adempimenti ed indirizzi ricevuti sulla trasparenza dell'azione amministrativa, intesa come l'insieme dei dati e delle informazioni da rendere disponibili al cittadino mediante sito web.

Innanzitutto le UU.OO. aziendali, ciascuna per le proprie competenze, si impegnano a raccogliere, elaborare e pubblicare in forma chiara e corretta i dati di diversa natura prescritti dalla legge e provvedono all'implementazione, nella home page del sito web aziendale della sezione Amministrazione Trasparente, attraverso la pubblicazione dei dati nelle rispettive sotto-sezioni.

Tale azione mira a migliorare indirizzi e comportamenti da parte dell'azienda e di tutto il suo personale, ai sensi dei valori di legalità e integrità e opera sia sul fronte interno organizzativo - gestionale che sul fronte esterno istituzionale-comunicativo.

Considerato, inoltre, che l'attuazione della trasparenza deve trovare conforme riscontro anche negli altri strumenti di programmazione e nella valutazione delle *performance con il raggiungimento degli obiettivi* organizzativi e individuali assegnati alle UU.OO. e ai loro dirigenti, prevedendone l'attuazione come uno degli elementi di valutazione del dirigente stesso, La Direzione Generale, con l'inserimento del rispetto della normativa sulla trasparenza tra gli obiettivi gestionali ed operativi assegnati ai vari Direttori/Dirigenti di UO aziendali, ha evidenziato il proprio diretto coinvolgimento in ordine alle finalità da perseguire riguardo sia alla prevenzione della corruzione che della trasparenza, rappresentando, in tal modo, la lotta alla corruzione un obiettivo strategico strettamente connesso con la programmazione di performance.

Altri interventi saranno: rafforzare tale misura prevedendo la pubblicazione di dati anche oltre al rispetto di specifici obblighi di pubblicazione già contenuti in disposizioni vigenti; la promozione e diffusione interna dello stesso programma, che deve rendersi accessibile e comprensibile dal personale; la promozione del principio e degli strumenti della trasparenza

interna, con la predisposizione di una rete intranet che colleghi le varie UU.OO. e il personale mediante la fruizione e l'accesso facilitato a banche dati e strumenti di lavoro.

Altra iniziativa da intraprendere si ritiene sia il miglioramento delle attività di front office al fine di potenziare e perfezionare la qualità dei servizi erogati all'utenza, attraverso una corretta formazione del personale dipendente sia dell'area del comparto che della dirigenza per garantire la giusta comunicazione ed informazione agli utenti ( acquisizione delle conoscenze minime sulla struttura del portale, sui linguaggi web, sulla gestione delle sezioni di competenza). Inoltre, molto importante è stata e sarà la realizzazione di opportune iniziative di formazione di tutto il personale dipendente su tematiche connesse alla trasparenza, anche come strumento di lotta alla corruzione, finalizzate a promuovere la cultura della trasparenza e della legalità dell'azione amministrativa.

Dette iniziative sono state progettate e realizzate nel corso del 2015 e 2016, ma altre ancora dovranno essere previste , nell'ottica di favorire la diffusione ed il confronto di soluzioni innovative con esperti della materia.

Altro adempimento, strumentale per l'attuazione di compiti di trasparenza, è l'utilizzo della Posta Elettronica Certificata che consente di inviare e ricevere messaggi di testo ed allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. Essa presenta un'innovazione capace di generare enormi risparmi sul piano economico e di semplificare i rapporti tra privati e Pubblica Amministrazione. La diffusione della PEC rientra nel processo di dematerializzazione della burocrazia.

L'Azienda ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti, in ottemperanza con quanto prescritto dalla normativa si è attivata in tal senso e, al fine di aumentare il grado di informatizzazione e digitalizzazione dei processi amministrativi si è dotata di caselle di posta elettronica certificata per comunicare con altre amministrazioni, cittadini, imprese e professionisti. Infatti, vi è stato un incremento nell'utilizzo della PEC da parte di molte UU.OO. aziendali, al fine di apportare benefici ai tempi di svolgimento dei procedimenti amministrativi di competenza e di ridurre, per quanto possibile, i costi di affrancatura della corrispondenza, ovviamente dovrà essere effettuata una capillare attività formativa interna propedeutica al rilascio delle abilitazioni della PEC in uscita.

Si riportano gli **indirizzi di Posta Elettronica Certificata**, di cui sono dotate le UU.OO. Aziendali qui di seguito indicate:

## **Area Gestione del personale**

- Ufficio concorsi -> [concorsi@pec.asl2abruzzo.it](mailto:concorsi@pec.asl2abruzzo.it)
- Certificati malattia -> [certificati.malattia@pec.asl2abruzzo.it](mailto:certificati.malattia@pec.asl2abruzzo.it)
- Amministrazione e sviluppo delle risorse umane -> [risorse.umane@pec.asl2abruzzo.it](mailto:risorse.umane@pec.asl2abruzzo.it)

## **Area Contabilità e Fornitori**

- Contabilità e bilancio -> [bilancioecontabilita@pec.asl2abruzzo.it](mailto:bilancioecontabilita@pec.asl2abruzzo.it)
- Governo dei contratti di servizi e forniture -> [governo.contratti@pec.asl2abruzzo.it](mailto:governo.contratti@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizi economici e logistici -> [economato@pec.asl2abruzzo.it](mailto:economato@pec.asl2abruzzo.it)
- Durc -> [durc@pec.asl2abruzzo.it](mailto:durc@pec.asl2abruzzo.it)

## **Assistenza sanitaria di base ed erogatori privati**

- Governo dell'assistenza sanitaria di base, specialistica e territoriale -> [assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it](mailto:assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it)
- Gestione degli accordi contrattuali con gli erogatori privati -> [gacep@pec.asl2abruzzo.it](mailto:gacep@pec.asl2abruzzo.it)

## **Area Amministrazione**

- Direzione generale -> [info@pec.asl2abruzzo.it](mailto:info@pec.asl2abruzzo.it)
- Affari Generali e Legali -> [affarigenerali@pec.asl2abruzzo.it](mailto:affarigenerali@pec.asl2abruzzo.it)

## **Area Investimenti patrimonio e manutenzione**

- Investimenti patrimonio e manutenzione -> [dip.tecnico@pec.asl2abruzzo.it](mailto:dip.tecnico@pec.asl2abruzzo.it)

## **Area Informatica**

- Informatica e reti -> [informatica@pec.asl2abruzzo.it](mailto:informatica@pec.asl2abruzzo.it)

## **Area Sanitaria**

- Centrale operativa 118 -> [co118@pec.asl2abruzzo.it](mailto:co118@pec.asl2abruzzo.it)
- Screening mammografico -> [screening.mammografico@pec.asl2abruzzo.it](mailto:screening.mammografico@pec.asl2abruzzo.it)
- Farmacia ospedaliera Chieti -> [farmacia.chieti@pec.asl2abruzzo.it](mailto:farmacia.chieti@pec.asl2abruzzo.it)
- Clinica Malattie infettive Chieti -> [malattieinfettive.chieti@pec.asl2abruzzo.it](mailto:malattieinfettive.chieti@pec.asl2abruzzo.it)

- Gastroenterologia Ospedale Vasto -> [gastroenterologia.vasto@pec.asl2abruzzo.it](mailto:gastroenterologia.vasto@pec.asl2abruzzo.it)

## Area Prevenzione

- Dipartimento prevenzione -> [prevenzione.chieti@pec.asl2abruzzo.it](mailto:prevenzione.chieti@pec.asl2abruzzo.it)
- Dipartimento prevenzione – area Lanciano-Vasto -> [prevenzione.lancianovasto@pec.asl2abruzzo.it](mailto:prevenzione.lancianovasto@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio Tossicodipendenze (Ser.T) -> [sert.chieti@pec.asl2abruzzo.it](mailto:sert.chieti@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio igiene epidemiologia e sanità pubblica (Siesp) – Chieti -> [siesp.chieti@pec.asl2abruzzo.it](mailto:siesp.chieti@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio igiene epidemiologia e sanità pubblica (Siesp) – Lanciano -> [siesp.lanciano@pec.asl2abruzzo.it](mailto:siesp.lanciano@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio igiene epidemiologia e sanità pubblica (Siesp) – Ortona -> [siesp.ortona@pec.asl2abruzzo.it](mailto:siesp.ortona@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio igiene epidemiologia e sanità pubblica (Siesp) – Vasto -> [siesp.vasto@pec.asl2abruzzo.it](mailto:siesp.vasto@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio igiene epidemiologia e sanità pubblica -> [igiene@pec.asl2abruzzo.it](mailto:igiene@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro – Chieti -> [spsal.chieti@pec.asl2abruzzo.it](mailto:spsal.chieti@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro – Lanciano -> [spsal.lanciano@pec.asl2abruzzo.it](mailto:spsal.lanciano@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro – San Salvo -> [spsal.sansalvo@pec.asl2abruzzo.it](mailto:spsal.sansalvo@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione (Sian) – Chieti -> [sian.chieti@pec.asl2abruzzo.it](mailto:sian.chieti@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione (Sian) – Lanciano -> [sian.la@pec.asl2abruzzo.it](mailto:sian.la@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione (Sian) – Vasto -> [sian.va@pec.asl2abruzzo.it](mailto:sian.va@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio di sanità animale – Chieti -> [sanita.animale.ch@pec.asl2abruzzo.it](mailto:sanita.animale.ch@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio di sanità animale – Lanciano -> [sanitaanimale.lanciano@pec.asl2abruzzo.it](mailto:sanitaanimale.lanciano@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio di sanità animale – Vasto -> [sanitaanimale.vasto@pec.asl2abruzzo.it](mailto:sanitaanimale.vasto@pec.asl2abruzzo.it)
- Canile sanitario -> [canilesanitario@pec.asl2abruzzo.it](mailto:canilesanitario@pec.asl2abruzzo.it)

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche - Chieti ->  
[igieneallevamenti.chieti@pec.asl2abruzzo.it](mailto:igieneallevamenti.chieti@pec.asl2abruzzo.it)
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche - Lanciano ->  
[igieneallevamenti.lanciano@pec.asl2abruzzo.it](mailto:igieneallevamenti.lanciano@pec.asl2abruzzo.it)
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche - Vasto ->  
[igieneallevamenti.vasto@pec.asl2abruzzo.it](mailto:igieneallevamenti.vasto@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio Igiene produzione alimenti di origine animale (Siaoa) – Chieti ->  
[siaoa.chieti@pec.asl2abruzzo.it](mailto:siaoa.chieti@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio Igiene produzione alimenti di origine animale (Siaoa) – Lanciano ->  
[siaoa.lanciano@pec.asl2abruzzo.it](mailto:siaoa.lanciano@pec.asl2abruzzo.it)
- Servizio Igiene produzione alimenti di origine animale (Siaoa) – Vasto ->  
[siaoa.vasto@pec.asl2abruzzo.it](mailto:siaoa.vasto@pec.asl2abruzzo.it)

### 3. I COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

La trasparenza rappresenta un profilo dinamico direttamente correlato al concetto di Performance, pertanto, l'obbligo di pubblicazione dei dati ha lo scopo di assicurare la conoscenza dell'azione della ASL Lanciano-Vasto-Chieti tra tutti gli stakeholder, allo scopo di instaurare una più consapevole partecipazione della collettività e di migliorare la qualità dei servizi offerti e dall'altro di valorizzare il merito, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

Infatti, la trasparenza, si pone in relazione al ciclo di gestione della performance prevedendone la piena conoscibilità delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti. In tal modo i cittadini hanno a disposizione la possibilità di conoscere e valutare in modo oggettivo e semplice l'operato della pubblica amministrazione fornendo, dunque, attraverso la trasparenza la massima leggibilità di tali informazioni ai vari stakeholder.

In tale ottica, attraverso la pubblicazione del piano e della relazione, si realizzerà la trasparenza delle informazioni relative alla performance.

Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo e responsabilizzazione dirigenziale, sono state poste in essere azioni di verifica della performance aziendale e individuale, in riferimento agli obblighi di pubblicazione cui ciascun dirigente è tenuto secondo il presente piano, tale da coinvolgere tutti gli attori aziendali nell'ottica di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso e mirato alla crescita individuale che si fondi sui due pilastri dell'agire della PA che sono la Trasparenza e la Prevenzione della corruzione.

### 4. UFFICI E DIRIGENTI COINVOLTI PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CONTENUTI DEL PROGRAMMA

Secondo quanto previsto nel d.lgs. 97/2016:

-I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

- Controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal decreto.
- Vi è una responsabilità derivante dalla violazione delle disposizioni in materia di obblighi di pubblicazione e di accesso civico per la quale è previsto che: l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 5-bis, costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili. Il responsabile non risponde dell'inadempimento degli obblighi di cui sopra se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.
- La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.

Pertanto, un ruolo fondamentale riguardo all'applicazione dei contenuti della normativa vigente è quello svolto dalle UU.OO. della Azienda ASL 02 Lanciano Vasto Chieti. Infatti, è stato concordato di ritenere che l'obbligo di pubblicità sia da ascrivere al Dirigente in qualità di fonte di produzione del documento.

Pertanto, i Direttori/Dirigenti delle UU.OO. coinvolte dal PTPCT hanno la responsabilità sulla mancata adozione e realizzazione dello stesso e/o sul mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione prescritti.

In base alle modifiche all'art. 10 del d.lgs. 33/2013, il PTPC contiene, in una apposita sezione, l'individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del d.lgs. 33/2013. Si è così disposta la confluenza dei contenuti del PTTI all'interno del PTPC. Chiaramente, quindi, le nuove disposizioni normative stabiliscono che devono essere indicati i soggetti cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne delle amministrazioni ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.

## 5. IL COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER E I RELATIVI RISULTATI

Questa Azienda, al fine di rendere possibile un ascolto ed una partecipazione attiva degli stakeholder interni (es. dipendenti) ed esterni (es. Associazioni di Volontariato, centri di ricerca), si è già impegnata in tal senso: ha somministrato questionari di Customer satisfaction, ha svolto attività inerenti l'empowerment e Audit civici nonché ha promosso in collaborazione con la Regione Abruzzo campagne istituzionali di informazioni su specifiche patologie mediche.

È intenzione di questa ASL continuare a coinvolgere gli stakeholder per una corretta individuazione degli obiettivi strategici ed una adeguata partecipazione dei cittadini, sia continuando ad utilizzare gli strumenti sopra descritti sia attraverso altre modalità quali ad esempio:

- dare seguito alle segnalazioni pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico
- tenere conto dei feedback ricevuti nella giornata della Trasparenza

## 6. INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

**Iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati.**

La trasparenza dell'attività amministrativa va considerata non soltanto un mezzo per garantire forme di controllo diffuso da parte del cittadino sull'andamento del ciclo della performance, ma anche come mezzo funzionale all'affermazione della cultura dell'integrità.

Fra le azioni previste dal presente programma, la pubblicazione della struttura organizzativa, che consente una lettura trasparente e puntuale nell'individuazione dei soggetti e delle loro responsabilità nella gestione dei procedimenti, diventa uno strumento centrale nella promozione di una cultura dell'integrità.

Per questo intrinseco collegamento tra il principio della trasparenza e la cultura della legalità, si prevede di promuovere interventi ed azioni mirate sul tema dell'integrità nell'ambito dei percorsi succitati già dedicati alla trasparenza come le giornate della trasparenza, i momenti formativi, le informazioni pubblicate sul sito internet.

Si prevede inoltre di promuovere, anche attraverso la presentazione del presente PTPCT, un percorso dedicato all'integrità che coinvolga, in particolare le associazioni che lavorano su questi temi, al fine di ideare e realizzare iniziative aperte agli stakeholder interni ed esterni.



Lo scopo è sostenere la cultura organizzativa della trasparenza e portare alla comprensione di dipendenti, dirigenti, funzionari e altri, che la selezione e la pubblicazione dei dati sono attività che possono/devono assumere valore interno ed esterno attraverso la fruibilità e affidabilità dei dati per gli stakeholder e per l'organizzazione interna.

La qualità dei dati pubblicati, infatti, serve per comprendere quanto in un'organizzazione si è sviluppata la cultura dell'analisi e la programmazione delle attività in base alla rilevazione dei risultati.

## 7. ORGANIZZAZIONE E RISULTATI ATTESI DELLE GIORNATE DELLA TRASPARENZA

Le giornate della trasparenza sono strumenti di coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni per la valorizzazione della trasparenza, nonché per la promozione di buone pratiche inerenti la cultura dell'integrità.

Al fine di promuovere i contenuti del PTPCT, con l'ottica di migliorare l'efficienza e la trasparenza della ASL, saranno organizzati incontri dedicati alle Associazioni di volontariato, come momento di confronto, riflessione ed ascolto con gli stakeholder esterni sulle attività svolte dalla ASL nelle suddette materie, con l'impegno della ASL che è stato e sarà incentrato sulla necessità di implementare la quantità e qualità dei dati pubblicati, in un'ottica di accessibilità e trasparenza rispetto al cittadino-utente.

Si tratta dell'azione più significativa ai fini della diffusione dei contenuti del Piano e in senso lato, per approfondire criticità, utilità, accessibilità ed interesse su quanto pubblicato. Infatti, l'iniziativa è diretta a concretizzare un momento di confronto e di ascolto per garantire l'effettiva partecipazione e coinvolgimento dei cittadini migliorando non solo le informazioni di effettivo interesse, ma anche la qualità dei servizi resi all'utenza.

A beneficio degli stakeholder interni, il RPCT, provvede alla pubblicazione e alla diffusione del presente Piano, può essere altresì utile metterlo a disposizione degli utenti, presso l'URP.

## 8.PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

### **I Dirigenti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati.**

I Direttori/Dirigenti delle UU.OO. della ASL Lanciano-Vasto-Chieti, espressamente individuati nelle tabelle di cui all'ALLEGATO 3, devono intendersi responsabili in merito all'individuazione, elaborazione, pubblicazione ed aggiornamento dei singoli dati di rispettiva competenza, nonché dell'esattezza e completezza dei dati attualmente pubblicati sul sito istituzionale. Pertanto, la pubblicazione dei dati avviene a cura dei Direttori/Dirigenti delle UU. OO. aziendali individuati a margine di ciascuna categoria.

L'aggiornamento dei dati contenuti nelle sottosezioni della sezione "Amministrazione Trasparente" avverrà secondo quanto previsto dalla normativa vigente e ogni qualvolta si renderanno necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti.

Lo stato di attuazione del programma, anch'esso in formato aperto e standard, sarà aggiornato con cadenza semestrale.

Ulteriori direttive in merito potranno essere emanate dal RPCT, con più specifiche circolari o regolamentazioni.

## 9. I REFERENTI PER LA TRASPARENZA

Data la complessità organizzativa aziendale, i numerosi obblighi e dati oggetto di pubblicazione, nonché le difficoltà interpretative e tecniche, i soggetti coinvolti sono oltre ai Dirigenti delle UU.OO. interessate alla pubblicazione sulla base delle loro responsabilità, anche i Referenti per la trasparenza.

Infatti, considerata la rilevanza degli adempimenti da assolvere in un contesto organizzativo complesso come quello della ASL, i Direttori delle UO interessate sono stati invitati a nominare la figura del Referente, quale punto di riferimento interno alla U.O., per la raccolta delle informazioni e delle segnalazioni ed il monitoraggio degli adempimenti, incaricato di garantire supporto tecnico-giuridico alle singole aree di appartenenza nella pubblicazione sul sito aziendale del flusso dei dati e delle informazioni richieste dalla normativa e, in particolare, fare da raccordo con il RPCT. si è provveduto costantemente a ribadire la puntuale implementazione/aggiornamento dei dati secondo le tempistiche stabilite dalla norma, la rilevanza degli adempimenti da assolvere, a informarli sulle raccomandazioni ANAC e sollecitazioni, al riguardo, da parte del Nucleo Aziendale di Valutazione, organismo deputato alla vigilanza e monitoraggio sugli obblighi di trasparenza.

## 10. MISURE ORGANIZZATIVE VOLTE AD ASSICURARE LA REGOLARITÀ E LA TEMPESTIVITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI

I Direttori/Dirigenti delle UU.OO. aziendali, individuati a margine di ciascuna categoria di atti, come disposto dall'art. 43 c. 3 d. lgs 33/2013 "garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge".

Tutti i documenti pubblicati riporteranno al loro interno dei dati di contesto, ovvero autore, data periodo di aggiornamento o validità e l'oggetto, al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi.

Ogni U.O. dell'Azienda, in qualità di "Fonte", è responsabile della pubblicazione dei documenti. L'aggiornamento dei dati contenuti nella Sezione "Amministrazione Trasparente" avverrà come da normativa vigente e ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti. la struttura responsabile della pubblicazione, in questo caso, provvederà ad effettuare le modifiche richieste.

Lo stato di attuazione del programma, anch'esso in formato aperto e standard, sarà aggiornato con cadenza semestrale.

Alla corretta attuazione del PTPCT riguardo agli obblighi di pubblicazione, concorrono oltre al RPCT, tutti gli Uffici dell'Amministrazione, sia centrali che periferici, e i relativi Dirigenti.

Ferme restando le responsabilità, le competenze e l'autonomia operativa di ciascun responsabile di struttura preposta alle attività indicate dal Piano, il RPCT verifica l'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente; supporta e monitora l'attività delle UU. OO. aziendali nella realizzazione delle diverse azioni previste coordinando e organizzando i lavori in forma congiunta tra le strutture coinvolte onde assicurare la realizzazione di quanto previsto nel Piano.

## 11. SISTEMA DI MONITORAGGIO E INDIVIDUAZIONE DEI DIRIGENTI RESPONSABILI

Le UU.OO. competenti dovranno procedere alla verifica ed all'aggiornamento di quanto pubblicato sulla pagina "Amministrazione Trasparente", implementare i dati secondo quanto definito nel presente Piano e inserire nella Sezione dedicata i dati che attualmente, pur pubblicati

sul sito, trovano diversa collocazione. Ciò anche al fine di pubblicare i dati secondo criteri di omogeneità, immediata individuazione e facilità di consultazione.

A tale scopo, è stato costantemente rinnovato ai Dirigenti Responsabili di U.O. il ruolo fondamentale che essi rivestono riguardo all'applicazione dei contenuti del Piano. Pertanto, considerato che la trasparenza amministrativa è un processo complesso che comporta il coinvolgimento delle varie strutture aziendali nonché una conoscenza diffusa di quanto disposto dalla normativa e che la ASL deve procedere in un percorso di miglioramento delle attività delle strutture coinvolte, è opportuno e necessario che le stesse, con il supporto dei Referenti nominati, provvedano ad effettuare monitoraggi periodici, con cadenza trimestrale, da trasmettere al Responsabile della trasparenza, allo scopo di verificare lo stato dell'arte dei propri adempimenti, autovalutando, in tal modo, il proprio operato. Tale attività di monitoraggio dovrà essere svolta sia da parte dei soggetti interni all'amministrazione che da parte del Nucleo Aziendale di Valutazione (NAV).

Il RPCT, coadiuvato dai Referenti, attiverà, inoltre, un sistema di monitoraggio che avrà cadenza semestrale e riguarderà il processo di attuazione del Piano attraverso la scansione delle attività ed indicando gli scostamenti dal piano originario. Queste attività daranno origine ad un report di monitoraggio che sarà trasmesso anche al NAV.

A conclusione di ogni anno, tutti i Dirigenti interessati dovranno predisporre una relazione riassuntiva relativa alla corretta, completa ed aggiornata pubblicazione dei dati di competenza, secondo quanto previsto nel Piano ( allegato 3), da trasmettere al RPCT il quale le allegnerà alla propria relazione annuale che verrà trasmessa ai componenti del Nucleo Aziendale di Valutazione (NAV), che la utilizzeranno per la loro attività di verifica da trasmettere all'ANAC.

Infatti, il NAV, è il soggetto che "promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità"( articolo 14, comma 4, lettera f) e g), del d. lg.n.150 del 2009).I risultati dei controlli che il NAV effettua periodicamente con il supporto del RPCT, confluiscono nella relazione annuale che deve presentare all'ANAC e agli organi politico amministrativi dell'azienda.

Sono poi da prevedere in capo alla UOSD Sistema Informazione Comunicazione e Marketing compiti di raccordo, informazione e raccolta di suggerimenti e valutazione da parte degli utenti. I risultati di questa funzione, desumibili sia dalle segnalazioni spontanee degli stakeholders sia da indagini di customer satisfaction, saranno un utile strumento sia per la Direzione Aziendale sia per gli uffici amministrativi coinvolti nel ciclo della gestione delle performance.

## 12. RILEVAZIONE DELL'EFFETTIVO UTILIZZO DEI DATI DA PARTE DEGLI UTENTI DELLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

In merito alle modalità di analisi e misurazione degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente", l'Ufficio Stampa aziendale, che ha supportato il RPCT nella creazione della suddetta sezione sul sito istituzionale e nella sua implementazione e supporta costantemente tutte le UO nella fase di pubblicazione dei dati, ha rilevato che gli utenti che dal 1° gennaio 2016 al 31 dicembre 2016 hanno visitato la sezione "Amministrazione Trasparente", sono stati 43.648 con 69.504 pagine visualizzate. Dall'applicativo software Google Analytics è stato possibile monitorare il flusso dei visitatori con il periodo e durata della visita delle varie pagine, in tal caso sarà possibile stilare report periodici dettagliati relativi al flusso di visitatori della sezione "Amministrazione Trasparente".

## 13. MISURE PER ASSICURARE L'EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO

Con il d. lgs 97/2016 è stata introdotta una nuova forma di **accesso civico** ai dati e ai documenti pubblici, equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita *Freedom of information act* (Foia). Si tratta di una innovazione rilevante finalizzata a garantire la libertà di accesso ai dati e ai documenti in possesso della P.A.: questa nuova forma di accesso infatti, prevede che chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, può accedere a tutti i dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto di alcuni limiti tassativamente indicati dalla legge. Questo strumento, già introdotto dal D.Lgs. n. 33/2013, si sostanzialmente nel diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati di cui la P.A. aveva omezzo la pubblicazione, nei casi in cui vi era obbligata. Pertanto, il diritto di accesso non era totalmente libero, ma lo si poteva esercitare solo a seguito del mancato rispetto da parte della P.A. del relativo obbligo di pubblicazione. Infatti, l'articolo 5, in particolare, prevede che "*chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti ' secondo quanto previsto dall'art. 5-bis*". Tale ultimo disposto, infatti, elenca i casi di esclusione dell'accesso civico. Secondo l'art. 46, inoltre, "*il differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 5-bis,*

*costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili”.*

Da rilevare che l'accesso viene esteso oltre che ai documenti e ai dati in possesso delle amministrazioni pubbliche, anche alle informazioni dalle medesime elaborate, ponendosi come istituto ancor più favorevole al cittadino. Pertanto, il diritto di accesso dovrà essere esaminato caso per caso, dovendo analizzare con attenzione il tipo di dato e, in tal senso, sono di aiuto le Linee guida che l'ANAC ha emanato e approvate con delibera n° 1309 del 28.12.2016 “Recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti di cui all'art.5 del d. lgs. 33/2013”.

Altra novità di rilievo riguarda i termini entro i quali è necessario rispondere ad una istanza di accesso, procedura piuttosto complessa descritta nel nuovo articolo 5, con la novità della sospensione del termine nel caso di coinvolgimento del controinteressato, infatti il termine di 10 giorni in capo a quest'ultimo sospende il termine generale di 30 giorni per rispondere all'istante.

Considerata l'importanza dell'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato, si è provveduto, ad adottare le misure per assicurare l'efficacia di tale istituto, pubblicando nella sezione Amministrazione Trasparente, tutte le informazioni relative alle modalità di esercizio del diritto in questione, corredato di apposito modulo di richiesta.

## 14. “DATI ULTERIORI”

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti, può individuare, anche sulla base delle osservazioni e/o richieste pervenute, i c.d. “dati ulteriori “che sono dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente, ma che la ASL si riserva di pubblicare in una logica di piena apertura verso l'utenza al fine di garantire azioni sempre più mirate per il miglioramento dei servizi offerti.

L'ASL, infatti, ha ritenuto utile pubblicare nella sezione “altri contenuti- dati ulteriori”, le attività relative allo Sviluppo Strategico e organizzativo, in particolare: Profili incarichi dirigenziali; Progetti di innovazione dipartimentali; Ciclo delle performance e processo di budget. Per il 2017 si prevede di pubblicare report sui reclami pervenuti, nonché altri dati che la Direzione Generale, di concerto con i dirigenti, riterrà opportuno pubblicare, nell'ottica di rafforzare la misura della

trasparenza nel proprio PTPCT, anche oltre al rispetto di specifici obblighi di pubblicazione già contenuti in disposizioni vigenti.

## 15. TERMINI E MODALITÀ DI ADOZIONE DEL PIANO DA PARTE DEGLI ORGANI DI VERTICE

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, incaricato della predisposizione del PTPCT, terminata la fase di elaborazione interna ed aggiornamento, trasmetterà il documento alla Direzione Strategica dell’Azienda che ne valuterà i contenuti e predisporrà gli atti idonei al fine dell’adozione del documento con delibera; non deve essere trasmesso ad ANAC ma va pubblicato sul sito istituzionale, sezione “Amministrazione trasparente/Altri contenuti Corruzione. Entra in vigore dalla data di adozione della delibera con la quale viene approvato.

## 16. DISPOSIZIONI FINALI

Il presente piano costituisce un documento dinamico, soggetto ad aggiornamento progressivo e costante anche in base all’esperienza che si maturerà nel tempo.

Pertanto, verrà aggiornato ogni qualvolta intervengano mutamenti significativi nell’organizzazione della ASL, con integrazioni e modificazioni che nel tempo dovessero rendersi necessarie ed opportune, anche in base alle esigenze evidenziate dalle successive attività di mappatura e dagli effettivi strumenti di contrasto adottati e da quelli ulteriori da adottarsi, ovvero sia nel caso di analisi di nuove aree non mappate in precedenza, sia a seguito di diversa valutazione dell’approccio del rischio di corruzione sull’organizzazione della ASL sia, infine, a seguito di nuovi indirizzi da parte del Legislatore o dell’Autorità Nazionale Anticorruzione.