

ASL LANCIANO VASTO CHIETI

Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.

ART.14, comma 4, lett. A), D.lgs n. 150/2009

Il *sistema di valutazione* dell'Asl Lanciano Vasto Chieti è stato definito con contratti integrativi aziendali. Esso è coerente ai principi, alle direttive e alle indicazioni fornite in materia dal D.lgs. n.150/2009.

Il *sistema di valutazione della performance* dei dirigenti e del personale del comparto mira a migliorare la produttività e la qualità dei servizi offerti dall'Azienda, attraverso l'incentivazione della qualità della prestazione lavorativa, l'applicazione di metodi tesi a valorizzare i risultati della performance organizzativa ed individuale, l'erogazione di sistemi premiali basati sul merito e sul miglioramento della performance.

Il "*Ciclo di gestione della performance*" parte da una programmazione strategica, che definisce gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi, i conseguenti indicatori e i valori attesi di risultato sui quali è stata definita la misurazione e la valutazione della performance.

Il "*Ciclo di gestione della performance*" prevede poi l'individuazione e l'assegnazione degli obiettivi da perseguire, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, il monitoraggio nel corso dello svolgimento del programma con il ricorso ad eventuali interventi correttivi, la misurazione e la valutazione della performance, l'utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito.

A conclusione del ciclo, è prevista la rendicontazione dei risultati alla Direzione Strategica.

La *valutazione della performance* è svolta attraverso l'applicazione della metodologia del sistema premiante, definita per il personale dirigente e per il personale del comparto nei contratti integrativi Aziendali. La metodologia prevede la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi fissati per ciascuna unità operativa effettuata sulla scheda di valutazione annuale di budget.

Al risultato della performance è destinata una quota della retribuzione di risultato/produttività collettiva.

Il *Piano della Performance*, come previsto dal Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, è il documento programmatico di durata triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati obiettivi, indicatori, risultati attesi per la gestione aziendale.



L'elaborazione del Piano della Performance - effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con le delibere n. 112/2010 e n. 6/2013 - dà avvio al ciclo di gestione della performance, garantendo l'integrazione con gli strumenti aziendali di Pianificazione, Programmazione e Valutazione della Performance, con il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, con il Bilancio aziendale e con il Sistema di Gestione della Qualità. L'insieme dei contenuti è strettamente correlato con la programmazione regionale, con particolare riferimento al Programma Operativo Regionale 2013-2015 per la riduzione del disavanzo economico e finanziario, approvato con decreto commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013, è stato integrato e modificato con decreto commissariale n. 112 del 30 dicembre 2013.

Attraverso il *Piano della performance* è possibile definire e misurare la performance aziendale, valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholder. Dall'adozione dello stesso ci si attende, inoltre, una maggiore integrazione fra le articolazioni aziendali e la loro proiezione verso obiettivi strategici pluriennali, in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

Coerentemente con quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del D.Lgs. n. 150/2009, all'interno del Piano sono stati riportati e messi in relazione *missione e mandato istituzionale*, aree strategiche, obiettivi strategici, e obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento.

I principi di riferimento, oltre alla centralità della persona e all'allineamento delle strategie aziendali alla domanda di salute dei cittadini, si rifanno alla trasparenza, all'immediata intelligibilità, alla verificabilità, alla partecipazione, alla coerenza interna ed esterna, alla pluriennalità.

Il *Piano delle Performance 2012-2014* è stato pubblicato sul sito aziendale in data 8/10/13.

Gli obiettivi individuati, come richiesto dall'art. 5, comma 2 del D.Lgs n. 150/2009, sono:

- *rilevanti e pertinenti* rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'Azienda;
- *specifici e misurabili* in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un *significativo miglioramento della qualità* dei servizi erogati e degli interventi;
- *commisurati a valori* di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale nonché da comparazioni con amministrazioni analoghe;
- *correlati alla quantità e qualità* delle risorse disponibili.

Il piano delle performance è orientato nel triennio ad:

- *implementare* la qualità delle cure attraverso l'adozione di strumenti adeguati, quali la medicina basata sull'evidenza, la formazione e l'addestramento, i percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi, l'audit e la gestione dei rischi;
- *rafforzare* il processo di aziendalizzazione;



- *mirare* alla riconversione e alla riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
- *realizzare* politiche del personale basate sulla responsabilizzazione dei differenti livelli dirigenziali e dei quadri del comparto, tramite l'utilizzo di sistemi premianti i quali, attraverso forme di gratificazione non solo economica, possono incentivare il raggiungimento degli obiettivi da parte delle strutture organizzative, di gruppi multidisciplinari e di ciascun operatore;
- *realizzare* una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali, in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute e di qualità della vita espressi prioritariamente dal territorio della provincia di Chieti e, più in generale, dalla regione Abruzzo e dal resto del Paese;
- *erogare* nuovi modelli dei servizi basati sulla specializzazione e sull'eccellenza professionale ed organizzativa e, ancor più, orientati all'umanizzazione e alla presa in carico dell'utente, che è costantemente al centro dell'attenzione;
- *promuovere* lo sviluppo delle competenze e la valorizzazione di tutti gli operatori, coniugando la ricerca scientifica con la sperimentazione di modelli clinico-assistenziali e organizzativi innovativi, connotati da una forte integrazione tra ospedale e territorio.

Le aree strategiche (*aree di bisogno di salute*) sono state individuate sulla base dell'analisi delle criticità presenti in Azienda e rappresentano le aree di intervento ove sono stati definiti i **modelli di risposta al bisogno**, ossia azioni/meccanismi di sviluppo della qualità e dell'integrazione all'interno dell'Azienda finalizzate ad implementare **alcune dimensioni di valore** percepibili dagli *stakeholder*.

Tali aree sono state rappresentate secondo il criterio dell'*outcome* atteso, specificatamente rivolto a rendere immediatamente intellegibile agli *stakeholder* la finalizzazione delle attività dell'amministrazione rispetto ai loro bisogni e aspettative.

Dall'analisi delle principali cause di morte, dei dati di mobilità passiva e da quelli di attività interna sono stati individuati i **bisogni assistenziali della popolazione**.

Per il bisogno assistenziale sono state prese in considerazione non solo le **criticità negative**, ma anche le **risultanze di buona qualità di performance**, al fine di mantenerne alta l'attenzione.

Dal confronto con benchmark nazionale/regionale è stato definito il posizionamento delle attività aziendali in rapporto ad indicatori omogenei e quindi individuati gli **obiettivi di performance** a loro volta declinati in azioni.

Le dimensioni presidiate sono *l'appropriatezza clinica, l'appropriatezza organizzativa, l'efficienza dei processi*.

Per ciascuna delle dimensioni sopra riportate si individuano quali *driver* principali di cambiamento:

- interventi sulla struttura organizzativa e sull'assetto funzionale dei servizi, a loro volta declinati in progetti specifici;

- interventi tesi ad un recupero di fiducia dell'utenza, a loro volta declinati in interventi tesi al miglioramento della qualità dei servizi;
- interventi volti a realizzare la massima integrazione possibile tra ospedale e territorio, a loro volta orientati verso modelli assistenziali di presa in carico globale dell'utenza e allo sviluppo di una Rete integrata di risposte ai bisogni della popolazione;
- interventi di integrazione sociosanitaria.

Il Piano, di vigenza triennale, prevede una rendicontazione annuale del raggiungimento degli obiettivi fissati da effettuarsi mediante l'elaborazione della "Relazione sulla Performance", coerentemente con quanto esposto nella Delibera CIVIT n. 5/2012 "Linee guida, ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto".

In applicazione dell'art. 10, comma 8, lett. b) del decreto legislativo n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", l'Azienda ha pubblicato il Piano della performance in apposita sezione del proprio sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente."

L'ASL entro il 30 giugno 2015 ha pubblicato la Relazione sulla performance, che, in adempimento alle disposizioni vigenti contenute nelle deliberazioni della CIVIT, contiene lo stato dell'evoluzione del sistema di misurazione della performance aziendale e la misurazione dei target prefissati.

Con la relazione si conclude il ciclo impostato nella prima triennalità 2012- 2014 e si provvede a rendicontare gli obiettivi descritti nel Piano delle Performance 2012-2014. Il documento, sulla base dei principi della centralità della persona, della libera scelta da parte dell'utente e della sussidiarietà, persegue il governo strategico del bisogno di salute sul territorio. E' presente un quadro di sintesi per obiettivi, che descrive, in continuazione con il 2013, le azioni implementate nel 2014 riferite al raggiungimento dell'obiettivo.

Il Nucleo dà atto che la documentazione prodotta è congrua, appropriata e conforme a quanto constatato nel corso dei lavori del Nucleo stesso, così come attestato nei verbali agli atti di ufficio.

Il Nucleo dà atto che dalle risultanze degli indicatori di performance emerge un prevalente allineamento agli obiettivi previsti, che comportano importanti aree di miglioramento su più livelli di assistenza. Il Nucleo ha proceduto alla validazione del contenuto della Relazione sulla performance per l'anno 2014.

Gli obiettivi strategici, derivati dal Programma Operativo Regionale 2013-2015 sono stati attribuiti dal Direttore Generale ai Direttori Amministrativo, Sanitario e ai Direttori delle strutture complesse.



L'assegnazione degli obiettivi aziendali è avvenuta nell'ambito di una scheda di budget -per ciascuna U.O. Complesse e Semplici Dipartimentali-, formalmente predisposta e sottoscritta dalla Funzione di Staff Sviluppo Strategico.

La formalizzazione dell'assegnazione degli obiettivi è avvenuta con la sottoscrizione formale delle schede di budget da parte del Direttore Generale e dal Direttore/Responsabile dell'U.O.

Il Nucleo di Valutazione certifica che le risorse destinate all'incentivazione del personale sono erogate esclusivamente previa valutazione a consuntivo degli obiettivi, in relazione al raggiungimento dei risultati.

Posto quanto sopra, il Nucleo di valutazione formula una valutazione positiva su:

- l'adeguatezza dei **sistemi informativi e informatici a supporto** del funzionamento del ciclo della *performance*, con particolare riferimento al **sistema di controllo strategico**, nonché ai sistemi di **contabilità generale e analitica**;
- il funzionamento dei **sistemi informativi e informatici a supporto** dell'attuazione del **Programma triennale per la trasparenza e l'integrità** e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione. In particolare, i sistemi informativi e informatici dedicati all'archiviazione, la pubblicazione e la trasmissione dei dati; il modello organizzativo di raccolta e pubblicazione dei dati; il sistema di monitoraggio della pubblicazione dei dati; i sistemi per la rilevazione quantitativa e qualitativa degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente".
- il processo di gestione degli **standard di qualità**, con particolare riferimento alle misurazioni attuate dall'amministrazione per il controllo della qualità dei servizi erogati.

Per quanto riguarda l'attività svolta sulla **trasparenza** e per la **prevenzione della corruzione negli anni 2013 - 2015**, con disposizione di servizio del Direttore Generale n° 10937-CH del 07.02.2013 si è provveduto all'**individuazione della Responsabile aziendale della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione**, ai sensi art. 1, comma 7 della legge n. 190/2012, confermata con deliberazione n. 400 del 28.03.2013.

Per quanto concerne la **Trasparenza**, a seguito dell'emanazione del D. Lgs. n. 33/2013, recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, è stato adottato con **deliberazione n. 1317 del 18.09.2013 il Programma Triennale Trasparenza Integrità 2013-2015**. A seguito della deliberazione n. 50/2013 della CIVIT "Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016", è stato approvato con **deliberazione n° 80 del 28 gennaio 2014 il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016**, entrambi pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, nella sottosezione "Disposizioni generali - Programma per la Trasparenza e l'Integrità".

In attuazione di quanto sopra, è stata attivata sul sito web aziendale www.asl2abruzzo.it e pubblicata in home-page la sezione "Amministrazione Trasparente".

Essa è organizzata in sottosezioni al cui interno sono contenuti i dati, le informazioni e i documenti pubblicati ai sensi della normativa vigente, ciascuna corrispondente ad un determinato obbligo di pubblicazione secondo lo schema definito dall'allegato 1 del decreto n. 33/2013.

L'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico (art.5 d. lgs 33/3013)prevede l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di rendere noti i documenti, le informazioni o i dati, presupponendo allo stesso tempo il diritto di chiunque di richiedere gli stessi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione sul sito istituzionale.

A tal fine si è provveduto, con determinazione dirigenziale n.10 del 06.09.2013, ad adottare le misure per assicurare l'efficacia di tale istituto pubblicando, nella sezione "Amministrazione Trasparente"- sottosezione "altri contenuti", tutte le informazioni relative alle modalità di esercizio del diritto in questione, corredato di apposito modulo di richiesta di accesso civico.

I Direttori delle UO interessate hanno provveduto a nominare **la figura del Referente**, incaricato di garantire la pubblicazione sul sito aziendale del flusso dei dati e delle informazioni richieste dalla normativa e fare da raccordo con la Responsabile della Trasparenza.

L'attività di monitoraggio e attestazione della pubblicazione dei dati all'interno di "Amministrazione Trasparente" si è conclusa con **l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi** come richiesto dalla CIVIT con Delibere n. 71/2013 e n. 77/2013.

In data 5 ottobre 2013 il Nucleo di valutazione aziendale, ha attestato **l'assolvimento**, entro i termini stabiliti (30.09.2013), **degli obblighi di pubblicazione previsti dalla delibera n° 71/2013 della CIVIT.**

A seguito del documento trasmesso alla ASL dall'ANAC, contenente le schede sintetiche relative agli esiti delle **verifiche condotte sul sito istituzionale** aziendale in data 12/12/2013, riguardo agli obblighi di pubblicazione individuati dalla delibera CIVIT n. 71/2013, è stato avviato un processo progressivo e continuo di aggiornamento e integrazione dei dati ritenuti carenti dall'ANAC, al fine di consentire l'implementazione degli stessi.

In data 18 gennaio 2014, il NAV ha preso atto dello stato di avanzamento del processo di aggiornamento dei dati e ha proceduto alle attestazioni sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2013, ai sensi della Deliberazione ANAC n°77/2013.

Con nota n. 49041U14 del 16.09.2014 sono state trasmesse alle UU.OO. interessate alla pubblicazione le **"Linee guida in materia di trattamento dei dati personali"**, con le quali il Garante della Privacy ha individuato un quadro organico e unitario di cautele e misure che le PA devono adottare quando diffondono sui loro siti web dati personali dei cittadini.



In merito ai nuovi obblighi di trasparenza previsti dal D.L. n.66/2014, convertito in legge 23.06.2014 n. 89, si è provveduto, con nota n°43304U14-CH del 06.08.2014, a trasmettere il comunicato dell'ANAC al Direttore Amministrativo Aziendale e ai Dirigenti della UOC Bilancio e Contabilità, al fine di prendere contezza della nuova normativa e adottare tutte le misure idonee e necessarie per adempiere a quanto contemplato nel comunicato stesso.

La competente U.O. ha provveduto a quanto richiesto dalla normativa pubblicando in data 29 giugno 2015 la Deliberazione n° 536 del 30 aprile 2015 inerente l'adozione del bilancio di esercizio chiuso al 31.12.2014. Il 6 agosto 2014 è stata pubblicata la deliberazione del n° 1677 29.11.2013, con la quale sono stati adottati e approvati gli strumenti di programmazione 2014-2016: Piano strategico, Piano programmatico di esercizio 2014 e bilancio pluriennale 2014-2016, provvedimento integrato con Deliberazione n° 727 del 3 giugno 2014. Gli indicatori di tempestività dei pagamenti sono pubblicati regolarmente.

L'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte della ASL, di cui alla delibera 148/2014 dell'ANAC, è stata effettuata in data 10 gennaio 2015 attraverso presa visione e verifica dell'apposita griglia.

Con deliberazione n. 13 del 20/01/2015, è stato approvato l'aggiornamento 2015 del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016.

Per la realizzazione dell'indagine sul Benessere Organizzativo è stata affidata ad apposita Ditta la somministrazione on line di un questionario su un link, fornito dall'affidatario del servizio, al quale i dipendenti della ASL dovranno collegarsi per la compilazione.

E' stata predisposta la relazione al 1° semestre 2015 sullo stato di attuazione del Programma Triennale Trasparenza e Integrità - aggiornamento 2015, pubblicata sul sito istituzionale, sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Programma per la trasparenza e l'integrità".

Con nota n°55104u15-CH del 18.11.2015 si sono sollecitati tutti i Dirigenti e Referenti della trasparenza a pubblicare/aggiornare i dati di competenza di ciascuna U.O. ai fini di una verifica positiva sugli assolvimento degli obblighi e a trasmettere al Responsabile della Trasparenza, entro il 9 dicembre 2015, una relazione sull'assolvimento della pubblicazione dei dati, al fine di consentire alla Responsabile la stesura di una relazione finale da pubblicare sul sito aziendale.

Per quanto riguarda la Prevenzione della Corruzione, nell'anno 2013 sono state così avviate le attività propedeutiche all'adozione (in forma provvisoria) del Piano Triennale di prevenzione della corruzione.

La Responsabile della prevenzione, con il coinvolgimento e la collaborazione dei Dirigenti delle UU.OO. aziendali, ha avviato un percorso per l'elaborazione di una prima mappatura del rischio delle attività amministrative della ASL, a carattere del tutto provvisorio e con incarico ad apportare tutte le modifiche necessarie all'esito dell'adozione delle linee guida e delle intese in sede di "Conferenza Unificata".



In data 7/11/2013, con nota n. 0068145u13-CH, la Responsabile della prevenzione ha comunicato alla Direzione Generale l'approvazione da parte della CIVIT del Piano Nazionale Anticorruzione, il contenuto dello stesso e la necessità di porre in essere tutti quegli adempimenti necessari da parte della ASL, per poter adottare il Piano triennale della corruzione 2014-2016 entro il 31.01.2014. E ciò, ponendo particolare attenzione sia alla necessità della collaborazione e coinvolgimento dei Dirigenti sia all'individuazione dei Referenti della Responsabile stessa della Prevenzione.

Di conseguenza, con nota n. 70609u-CH del 21.11.2013, è stato richiesto alle UU.OO. interessate di comunicare i nominativi dei Referenti individuati per l'area di rispettiva competenza da inserire nel Piano anticorruzione, secondo quanto previsto nella circolare n.1/2013 del Dipartimento Funzione Pubblica.

Nel corso del 2013, la formazione ha coinvolto la Responsabile della prevenzione della corruzione, con un seminario tenutosi on-line, ed un corso di formazione tenutosi a Roma presso la Scuola Superiore di amministrazione pubblica e degli enti locali, che ha interessato, oltre al Responsabile anticorruzione, alcuni funzionari individuati di concerto con la Direzione Generale impiegati nelle articolazioni aziendali più soggette a rischio corruzione.

In data 6.12.2013 si è tenuta la riunione con i Referenti nominati dai rispettivi Responsabili, nel corso della quale sono state illustrate le finalità del Piano, la necessità del loro apporto collaborativo soprattutto per l'individuazione delle aree di rischio (mappatura dei processi) e della gestione del rischio. Inoltre, per quanto riguarda la gestione del rischio, è stata proposta un'apposita scheda di "descrizione di un potenziale evento di corruzione".


Le attività sono proseguite da parte della Responsabile della prevenzione con la stesura del Piano Triennale della Prevenzione della corruzione 2014/2016, adottato con deliberazione n. 79 del 28.01.2014.

Con deliberazione n. 1370 del 24.09.2013 la ASL ha adottato 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.

Con nota n. 69216 del 14.11.2013, a firma della Responsabile della prevenzione della corruzione e del Direttore Amministrativo Aziendale, sono state invitate tutte le UU.OO. aziendali di dare puntuale informazione a tutto il personale afferente la propria area di competenza, dandone la più ampia diffusione, sui codici di comportamento aziendali.

Nel corso del 2014, si sono svolti quattro corsi di formazione. Circa il 50% del personale di ogni ordine e grado ha preso conoscenza della L. n.190/2012, del D.Lgs. n.33/2013 e del PTPC.

Per il 2015, al fine di coinvolgere sulla materia il restante personale, è stato elaborato un cronoprogramma con le indicazioni sui contenuti dei percorsi formativi da intraprendere in materia di anticorruzione e trasparenza.



A seguito di apposita gara sono stati effettuati, dalla ditta risultata aggiudicataria, i seguenti corsi di formazione: uno di livello specifico; uno per il personale della dirigenza sanitaria medica e non medica; uno per il personale del comparto. I corsi hanno avuto inizio ad ottobre scorso e sono terminati a novembre 2015.

La relazione annuale sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal Piano Triennale di prevenzione della corruzione relativa all'anno 2014 è stata redatta, su scheda standard predisposta dall'ANAC, dalla Responsabile anticorruzione così come previsto dall'art.1, c.14, legge n.190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione, acquisita dal NAV nella seduta del 10.01.2015 e pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale.

Con deliberazione n. 57 del 29/01/2015 è stato approvato l'aggiornamento 2015 del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2014-2016 pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "altri contenuti -corruzione" e, a mezzo sistema "PERLAPA", è stato trasmesso al Dipartimento Funzione Pubblica come da disposizione ANAC.

L'aggiornamento del PAC è scaturito dall'analisi e dal monitoraggio delle attività svolte e sono state coinvolte alcune macroaree che nella prima stesura del Piano non erano state mappate. La Responsabile della prevenzione della corruzione ha proposto di analizzare altri processi di aree già mappate, nonché di implementare il sistema di contrasto e di prevenzione ai fenomeni corruttivi attraverso l'adeguamento di misure già previste e l'introduzione di ulteriori misure specifiche.

La procedura per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti è stata pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente e riportata in una scheda sintetica contenente le informazioni utili al dipendente per inoltrare la segnalazione di illecito con il relativo modello di domanda per la segnalazione, predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica. Al riguardo, con Deliberazione n° 390 del 28.09.2015, è stato istituito un gruppo di lavoro i cui compiti e attività sono la gestione delle segnalazioni di condotte illecite all'interno della ASL, secondo la procedura riportata nelle linee guida indicate dall'ANAC nella determinazione n° 6 del 28 .04.2015, nonché le attività inerenti il processo di gestione del rischio corruttivo. In particolare, l'analisi del rischio, 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.

Il Gruppo, in data 22.10.2015, si è riunito per esaminare l'attuale procedura per la segnalazione di condotte illecite in vigore nella ASL e della relativa modulistica, individuando i punti da integrare e modificare, secondo le indicazioni contenute nella citata determinazione dell'ANAC n. 6/2015 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" , provvedendo, pertanto, alla stesura della nuova procedura, aggiornata secondo le linee guida ANAC. Si sta provvedendo alla pubblicazione della nuova procedura, così come approvata dal Gruppo di lavoro.



Con delibera n° 636 del 6.11.2015 è stato costituito il “Gruppo di Auditor” per la Verifica Ispettiva Interna (Auditing) della corretta applicazione delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC)-Aggiornamento 2015. Il gruppo ha anche il compito di ricercare le evidenze oggettive dell’effettiva applicazione delle misure previste nel P.T.P.C., attraverso un dialogo con le U.O. coinvolte, risultate a rischio rilevante/critico, per avere contezza dello stato di applicazione delle misure.

Inoltre, deve anche avviare un processo documentato di miglioramento continuo attraverso la verifica ispettiva interna (*auditing*), che costituisce l’elemento azione/correzione del PTPC, secondo la procedura approvata con la suddetta delibera, con la quale si definiscono le modalità di svolgimento all’interno dell’Azienda delle verifiche ispettive interne per verificare le attività delle singole U.O. e se quanto previsto nel PTPC viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi.

Con nota n. 54101U15-CH del 12.11.2015 si è provveduto ad informare tutti i Dirigenti e Referenti anticorruzione coinvolti nel PTPC dell’approvazione da parte dell’ANAC dell’aggiornamento 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2013- 2016, indicando i punti salienti emersi dalla lettura del Piano stesso e le raccomandazioni e suggerimenti forniti dall’ANAC per la redazione del prossimo PTAC aziendale.

Con nota n°54865U15-CH del 17.11.2015, sono stati convocati tutti i Referenti anticorruzione e trasparenza per discutere dell’aggiornamento del PTPC e del PTTI aziendali, per analizzare l’aggiornamento 2015 del PNA e trattare lo stato dell’arte inerente gli obblighi di pubblicazione e le eventuali criticità riscontrate. L’incontro si è tenuto il 30/11/2015.

Chieti, 19/12/2015

Il Nucleo di Valutazione Aziendale

Dr. Filippo Basso
Presidente



Dr.ssa Adele Rulli
Componente NAV

