REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI
Via Dei Vestini s.n.c. – 66100 Chieti
C.F. e P. Iva 02307130696

DELIBERAZIONE

DEL

DIRETTORE GENERALE

N. 569 **DEL** 27 APR 2022

DELIBERA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

Oggetto: Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024- Adozione.

IL DIRETTORE GENERALE

Thomas Schael, nominato con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 543 del 11 Settembre 2019 ai sensi del vigente Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA l'allegata proposta di deliberazione di pari oggetto del Dirigente Responsabile della U.O.S.D. Sistema Informazione, Comunicazione e Marketing, in qualità di Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, datata 26/04/2022;

DATO ATTO dell'attestazione di regolarità e legittimità dell'atto da parte del Dirigente della predetta Unità Operativa, come acquisita in calce alla proposta medesima;

ACQUISITI i pareri espressi ed attestati in calce dal Direttore Amministrativo Aziendale e dal Direttore Sanitario Aziendale per quanto di rispettiva competenza;

D E L I B E R A

di fare integralmente propria la menzionata proposta di deliberazione, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto e di disporre in conformità della stessa.

Parere favorevole _____ **Il Direttore Amministrativo Aziendale**
(Giovanni Stroppa)

Parere favorevole _____ **Il Direttore Sanitario Aziendale**
(Angelo Muraglia)

IL DIRETTORE GENERALE
(Thomas Schael)

Proposta di deliberazione per il Direttore Generale

Oggetto: Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 - Adozione.

Il Dirigente Responsabile della UOSD Sistema Informazione Comunicazione e Marketing, Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, previa istruttoria e attestazione di legittimità e regolarità tecnica del provvedimento,

Premesso:

-che la legge 190 del 6.11.2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", ha introdotto nuove misure e migliorate quelle esistenti per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità all'interno della Pubblica Amministrazione;

-che, in attuazione della sopra citata legge, è stato emanato il D.lgs. n°33 del 14 marzo 2013, avente ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", con il quale sono state introdotte ulteriori disposizioni per l'attuazione del principio della trasparenza, già disciplinato con Legge n.69/2009 e 150/2009, ed è stata ulteriormente definita la portata di tale principio che deve essere inteso come accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, a garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, disponendo la pubblicazione di una notevole quantità di dati, informazioni e provvedimenti sui siti web istituzionali;

-che, 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;

Preso atto che, la nuova disciplina, perseguendo l'obiettivo di semplificare le attività delle amministrazioni nella materia, ha unificato in un solo strumento (PTPCT), il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) e il Programma triennale della trasparenza e dell'integrità (PTTI), con l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza in una apposita sezione, come parte integrante del PTPC;

Dato Atto che il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) della Asl Lanciano Vasto Chieti è Giustinantonia Chieffo, Dirigente Responsabile della UOSD Sistema Informazione Comunicazione e Marketing, già confermata per tale incarico con disposizione di servizio n. 21410-CH del 27.04.2016;

-che con deliberazione n. 305 del 19/03/2021 veniva approvato il Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2021-2023, in applicazione a quanto previsto dalla normativa vigente;

Considerato che il Piano ha valenza programmatica e, come in esso disposto, tutte le previsioni ivi contenute possono essere oggetto di aggiornamento o revisione, in quanto l'adozione del Piano non si configura come un'attività ultimata e definita, bensì come un insieme di processi che gradualmente possono essere modificati, integrati e migliorati;

Preso atto:
- **che** l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con determinazione n°12 del 28 ottobre 2015 ha approvato l'aggiornamento 2015 al PNA e con delibera n. 831 del 3 agosto 2016 ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, con i quali ha voluto fornire ai Soggetti che interagiscono nel Sistema Sanitario specifiche raccomandazioni da osservare per la redazione ed attuazione dei rispettivi PTPCT, tenendo conto del particolare ambito di applicazione, del contesto ambientale, della tipologia e del livello di complessità dell'organizzazione sanitaria e del sistema di relazioni in essa esistenti, dando indicazioni sulla predisposizione dei Piani delle aziende sanitarie e degli altri soggetti ad esse assimilabili, nonché orientare la pianificazione strategica dei soggetti medesimi verso ulteriori interventi finalizzati a rafforzare la gestione del rischio e a prevenire e contrastare eventuali fenomeni di corruzione per particolari aree sensibili;

-che l'ANAC, con l'approvazione definitiva dell'aggiornamento 2018 al PNA 2016, giusta delibera n. 1074 del 21.11.2018, che costituisce un atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni, nella Parte generale, ha fornito a tutti i soggetti destinatari del PNA chiarimenti in merito ai dubbi interpretativi sorti per la corretta applicazione della disciplina in materia di prevenzione della corruzione, evidenziando inoltre che, anche se la prospettiva temporale del Piano è di durata triennale, esso deve essere adottato ogni anno entro il 31 gennaio. Pertanto, le amministrazioni sono tenute ad adottare, ciascun anno, alla scadenza prevista dalla legge, un nuovo completo PTPCT, che include anche un'apposita sezione dedicata alla trasparenza, valido per il successivo triennio;

-che la Trasparenza, come sopra riportato, costituisce apposita sezione del Piano Anticorruzione, elaborata secondo le linee guida ANAC "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", adottate dall'Autorità con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, sezione nella quale vanno indicati le azioni, i flussi informativi attivati o da attivare per dare attuazione agli obblighi generali di pubblicazione di cui ai menzionati decreti, nonchè le misure di trasparenza individuate come misure specifiche di prevenzione della corruzione;

- **che** l'ANAC, con l'approvazione del PNA 2019, giusta Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, consolida "in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni date fino ad oggi, integrandole con orientamenti maturati nel corso del tempo e che sono anche stati oggetto di appositi atti regolatori" (PNA e relativi aggiornamenti dal 2013 in poi), con l'obiettivo di fornire uno strumento di lavoro organico ed utile per chi è chiamato a elaborare ed attuare le misure di prevenzione della corruzione, ribadendo che occorre sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio, in quanto per la qualità del PTPCT e delle relative misure e per la sua efficacia, è fondamentale e decisivo il coinvolgimento di tutto il personale; infatti, l'efficacia del sistema dipende anche dalla piena e attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e di controllo;

- **che** L'allegato 1 al PNA 2019 costituisce un documento metodologico, l'elemento forse più importante del Piano, col quale l'Autorità fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo" che sostituisce l'allegato 5 del PNA 2013, rappresentando, pertanto, l'unico riferimento metodologico da seguire nella predisposizione del PTPCT per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo che aggiorna, integra e sostituisce le indicazioni metodologiche contenute nei precedenti PNA;

Preso atto della Deliberazione dell'ANAC n. 1 del 12 gennaio 2022 che ha differito la scadenza per la presentazione del PTPTC 2022-2024 al 30 aprile 2022, rappresentando che : -Il differimento è motivato dal perdurare dello stato di emergenza sanitaria e dalla volontà di consentire ai RPCT di

svolgere le attività necessarie per la predisposizione del Piano; -per l'elaborazione dei PTPCT ci si potrà avvalere delle indicazioni fornite nel PNA 2019-2021; -il presidio di fatti corruttivi o ipotesi di disfunzioni amministrative significative, potranno essere garantiti mediante le misure di prevenzione già adottate nel PTPCT 2021-2023;

Preso atto, inoltre, del Vademecum esemplificativo predisposto dall'Anac al fine di facilitare la stesura del PTPCT, valido sia per la predisposizione del PTPCT sia della sezione del PIAO dedicata alle misure di prevenzione della corruzione, illustrato tramite un evento pubblico on line tenutosi il 3 febbraio 2022;

Precisato che, secondo le nuove disposizioni normative e in osservanza alle indicazioni che saranno fornite con successivi decreti attuativi, i contenuti del presente PTPCT saranno integrati nel PIAO;

Dato atto che, a seguito del monitoraggio effettuato sulle attività svolte, per l'aggiornamento del nuovo Piano il RPCT ha proposto, considerata la complessità organizzativa aziendale, di procedere alla revisione della valutazione delle attività già mappate e/o alla valutazione di attività a rischio non ancora esaminate, nonché di implementare il sistema di contrasto e di prevenzione ai fenomeni corruttivi attraverso l'adeguamento di misure già previste e l'introduzione di misure specifiche, riportate in apposite tabelle allegate al Piano;

Ritenuto opportuno:

-procedere, dunque, per le motivazioni di cui sopra, alla revisione e aggiornamento del PTPCT 2021-2024, secondo quanto previsto nel documento allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

-confermare il coinvolgimento, nel processo di sensibilizzazione, monitoraggio e controllo delle azioni previste nel Piano, dei Referenti e, soprattutto, di tutti i Dirigenti Responsabili delle UU.OO. interessate, i quali sono tenuti a collaborare attivamente sia attraverso il presidio delle attività, dando esecuzione alle azioni contenute nel Piano, sia attraverso la fattiva collaborazione con il Responsabile Anticorruzione, in quanto soggetti attivi e responsabili della gestione del Piano stesso;

Considerato, inoltre, che con deliberazione n° 390 del 28.09.2015 è stato costituito un Gruppo di Lavoro, aggiornato con delibera n.7 del 28.12.2015, a supporto del RPCT, per le attività inerenti il processo di gestione del rischio corruttivo, in particolare per 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 e per il confronto dei processi riguardanti le UU.OO. coinvolte nel Piano Anticorruzione Aziendale;

Preso atto che Il **"Gruppo di Lavoro"** per la gestione del rischio corruttivo, task force multidisciplinare, nella seduta del 13.04.2022, basandosi sulla nuova metodologia utilizzata per la rilevazione del rischio corruttivo a seguito di quanto stabilito dall'ANAC nell'allegato 1 al PNA 2019, ha condiviso l'elaborazione della scheda del "potenziale evento corruttivo" predisposto dal RPCT ed utilizzata dalle UU.OO. e preso atto delle schede prodotte dalle stesse riportate nella bozza allegato n.1 al PTPCT;

Visto ed esaminato il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza aggiornato, predisposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione, in sinergia con i Dirigenti Responsabili della ASL, in quanto coinvolti nell'analisi e valutazione dei rischi specifici di corruzione per la rispettiva area di competenza, nonché con il Gruppo di lavoro costituito per le attività inerenti il processo di gestione del rischio;

Rilevata, pertanto, la necessità di provvedere all'approvazione del Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022/2024, che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

PROPONE DI DELIBERARE QUANTO SEGUE:

per tutti i motivi esplicitati in narrativa e che debbono intendersi per integralmente riportati e trascritti nel presente dispositivo,

di adottare/approvare il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024, costituito da un unico documento ripartito in due sezioni, predisposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al RPCT di procedere all'aggiornamento periodico del piano, tenendo presente che trattasi di un provvedimento suscettibile di integrazioni e modificazioni che nel tempo dovessero rendersi necessarie ed opportune e, pertanto, in costante aggiornamento ed evoluzione;

di disporre:

- l'applicazione del sopracitato provvedimento a tutte le strutture coinvolte, trasmettendone copia alle UU.OO. Aziendali indicate nell'allegato Piano, per l'espletamento dei compiti e degli adempimenti previsti a loro carico e con le modalità stabilite;
- la pubblicazione del presente provvedimento e dell'allegato Piano sul sito istituzionale della ASL nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti" "Corruzione", presente nella home-page, al fine di dare al Piano la massima diffusione, nonché la sua trasmissione, in qualsiasi forma utile, a tutto il personale dipendente;

di dichiarare la presente deliberazione, stante l'urgenza, immediatamente esecutiva;

di trasmettere copia del presente atto con l'allegato Piano alla UOC Affari Generali, Gestione documentale e Convenzioni perché ne curi la pubblicazione sull'Albo Pretorio on-line di questa ASL, a tutte le UU.OO dell'area Medico-Veterinaria, Sanitaria, Amministrativa, Tecnica e Professionale Aziendali, alle Direzioni Mediche Ospedaliere, ai NOD, al Dipartimento di Prevenzione, ai Dipartimenti Sanitari, all'OIV, al Collegio Sindacale, nonché alla Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo.

La presente deliberazione consta di n. 7 pagine e di 1 allegato.

L'Istruttore e Responsabile del procedimento

(Giustinantonia Chieffo)

Data 26/04/2022

Firma

Il Dirigente Responsabile dell'U.O.proponente che attesta la legittimità e la regolarità dell'atto in qualità di RPCT

(Giustinantonia Chieffo)

Data 26/04/2022

Firma

SCHEDA CONTABILE DDG

PRIMA PARTE (a cura della UOC proponente*)

Il costo/investimento di cui al presente atto è già previsto all'interno della programmazione approvata con Deliberazione n. _____ del _____	

costo/investimento disposto col presente atto (iva inclusa)	Aliquota IVA	conto di COGE di imputazione	conto di COGE di previsione	Importo eccedente la programmazione approvata	Codice fonte di finanziamento	Descrizione fonte di finanziamento
Il presente documento non comporta spese						

Il Dirigente Responsabile della UOSD proponente S.I.C.M. in qualità di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza _____

Data _____

SECONDA PARTE (A CURA DELLA UO BILANCIO**)

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto TROVA capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. del bilancio_____ (indicare anno), come da tabella che precede.	
Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto NON TROVA capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. del bilancio_____ (indicare anno). Si riporta di seguito l'imputazione corretta qualora l'atto venisse comunque proposto e approvato.	

costo/investimento disposto col presente atto (iva inclusa)	Aliquota IVA	conto di COGE di imputazione	conto di COGE di previsione	Importo eccedente la programmazione approvata	Codice fonte di finanziamento	Descrizione fonte di finanziamento

Il Dirigente della U.O.C. Contabilità e Bilancio _____

Della suestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno 28 APR 2022 con prot. n. 24716

all'Albo della ASL per rimanere ivi affissa per 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

o La suestesa deliberazione diverrà esecutiva a far data dal decimo giorno successivo alla pubblicazione.

X La suestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile".

Il Funzionario preposto

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)

2022-2024

SEZIONE I
PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

PREMESSA 4
1. SOGGETTI ISTITUZIONALI 5
2. CONTENUTI DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 7
3. OBIETTIVI STRATEGICI 8
4. ANALISI DEL CONTESTO 9
5. CONTESTO INTERNO 9
Assetto Organizzativo 10
L'Azienda in cifre 11
Collocazione punti di erogazione 12
Presidi Ospedalieri 13
Attività Distrettuali 13
Integrazione Ospedale -Territorio 14
Presidi Territoriali di Assistenza 14
Ospedale di Comunità 14
I Dipartimenti dell'area tecnico- amministrativa 14
Dipartimenti Ospedalieri 15
Risorse Umane 15
Gestione Reclami 16
Procedimenti disciplinari 17
6. CONTESTO ESTERNO 17
7. LA CRIMINALITA' NEL TERRITORIO 20
8. COMPITI PRIORITARI E RESPONSABILITA'DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 22
Rapporti tra RPCT e Responsabile della protezione dei dati (DPO) 23
Ruolo degli organi di indirizzo e dei vertici amministrativi 24
Ruolo degli Organismi indipendenti di valutazione (OIV) 24
Ufficio procedimenti disciplinari (UPD) 25
Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante(RASA) 25
Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo 25
9. I REFERENTI DELLA PREVENZIONE E LE UNITA' OPERATIVE MAPPATE 26
10. LA RESPONSABILITA' DEI DIRIGENTI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE 28
11. INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A PIÙ ELEVATO RISCHIO DI CORRUZIONE 29
12. IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE 29
13. LA GESTIONE DEL RISCHIO 30
Analisi del contesto 32
Mappatura dei processi attuati dall'Azienda 33
Valutazione del rischio 34
L'analisi del rischio 35
La ponderazione 37
Il trattamento del rischio 38
Il monitoraggio delle misure 38
14. CODICE DI COMPORTAMENTO 40
15. ROTAZIONE DEL PERSONALE 41
16. OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE 44
17. SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO – ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI 45
18. INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA' EX D. LGS.39/2013 46
19. ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO 47
20. FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTI DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE 48
21. TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO 50
22. LA FORMAZIONE 52
23. PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI 53
24. AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE 53
25. MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI 54
26. SOCIETA' PARTECIPATA 55

SEZIONE II – LA TRASPARENZA

PREMESSA....56
1. I DATI - TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI 56
2. GLI OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA 57
3. I COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE 58
4. IL COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER....58
5. ORGANIZZAZIONE E RISULTATI ATTESI DELLE GIORNATE DELLA TRASPARENZA 59
6. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA....60
I Dirigenti Responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati – I flussi informativi 60
7. SISTEMA DI MONITORAGGIO 61
8. RILEVAZIONE DELL'EFFETTIVO UTILIZZO DEI DATI DA PARTE DEGLI UTENTI DELLA SEZIONE"AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE....61
9. MISURE PER ASSICURARE L'EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO 62
10. DATI ULTERIORI 63
11. TERMINI E MODALITÀ DI ADOZIONE DEL PIANO DA PARTE DEGLI ORGANI DI VERTICE 63
12. DISPOSIZIONI FINALI 63

ALLEGATO N° 1 **CATALOGO DEI PROCESSI MAPPATI E RELATIVE MISURE**

ALLEGATO N° 2 **TABELLA MISURE GENERALI/OBBLIGATORIE E SPECIFICHE**

ALLEGATO N° 3 **TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

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) 2022-2024 provvedendo all'aggiornamento di quello già adottato con deliberazione n°305 del 19.03.2021 inserendo il Programma per la Trasparenza all'interno dello stesso, con la funzione di attuare efficaci strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità all'interno della ASL, attraverso una valutazione del diverso livello di esposizione delle Unità Operative di cui si compone l'Azienda al rischio di corruzione e i relativi interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio, allineandosi progressivamente alle raccomandazioni contenute nel PNA 2019.

Considerato che occorre sviluppare a tutti i livelli una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio, come per il passato, per l'elaborazione del Piano hanno partecipato i dirigenti delle varie UO coinvolte che conoscono in maniera profonda i processi decisionali ed i relativi rischi, insieme ai Referenti e dipendenti, in quanto per la qualità del PTPCT e delle relative misure e per la sua efficacia, è fondamentale e decisivo il coinvolgimento di tutto il personale.

L'adozione del Piano non si può configurare come un'attività ultimata e definita, 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.

Si consideri al riguardo l'emergenza pandemica da COVID-19 a causa della quale anche i rapporti commerciali, di lavoro e di organizzazione della stessa Amministrazione Pubblica hanno subito un profondo cambiamento.

L'attuazione delle eccezionali misure di contenimento, la necessità di risposte tempestive alla rapida diffusione dei focolai epidemici, con notevole pressione soprattutto sulle Strutture Sanitarie, hanno reso necessario, spesso in contesti emergenziali, un notevole potenziamento delle dotazioni delle Strutture stesse, mediante l'acquisizione di risorse aggiuntive strumentali, strutturali e umane.

Potrebbe verificarsi, soprattutto in contesti di questa portata, che la necessaria rapidità decisionale in merito all'utilizzo delle risorse economiche non sia scevra da potenziali rischi di superficiale o inappropriata gestione delle stesse, che possano sfociare in possibili attività a rischio corruttivo. E' necessario, pertanto, effettuare adeguate attività di controllo per il mantenimento di percorsi amministrativi virtuosi e trasparenti, tali da consentirne in ogni momento la loro puntuale valutazione.

Con l'aggiornamento del presente PTPCT si individuano ulteriori processi di aree già mappate nonché si consolidano ed implementano obiettivi ed azioni fatti propri dalla ASL nel corso del 2021, proseguendo in un percorso di continuo miglioramento del sistema e di un costante adeguamento alle esigenze organizzative e normative.

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 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 e della trasparenza;
- **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 di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità 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, sono tenuti a svolgere 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;

- **L' 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, attraverso una partecipazione attiva al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi, nonché in sede di definizione delle misure di prevenzione e di attuazione delle stesse.

2. CONTENUTI DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il PTPCT fornisce una valutazione del livello di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi necessari e, quindi, le misure con le quali prevenire il rischio, secondo una metodologia che comprende l'analisi del contesto (interno ed esterno), la valutazione del rischio (identificazione, analisi e ponderazione del rischio) e il trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione).

I principali adempimenti previsti dalla normativa anticorruzione si possono sintetizzare nei seguenti:

-nomina di un Responsabile di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), quale soggetto interno con svariati compiti tra cui elaborare il PTPCT, monitorarlo e provvedere alla gestione delle segnalazioni delle condotte illecite, nonché titolare dei poteri di governo riguardo agli obblighi di pubblicazione e accesso civico;

-adozione di un Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) nel quale sia riportata la strategia adottata dall'Ente sia sulla prevenzione della corruzione che sulla trasparenza amministrativa;

-formazione continua di tutto il personale (dirigenti e comparto), di carattere generale e specifico;

-monitoraggio e vigilanza sull'applicazione del PTPCT;

-adozione dei criteri di rotazione dei dirigenti e del personale;

-adozione dei codici di comportamento;

-obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente";

-tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (cd. whistleblowing ex art. 54 bis, D.Lgs. 165/2001);

-obbligo di astensione in caso di conflitti di interesse;

-incompatibilità e inconferibilità di incarichi dirigenziali (D.Lgs. 39/2013);

-disciplina inerente all'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (cd. pantouflage / revolving doors ex art. 53, co. 16-ter, D.Lgs. 165/2001);

-disciplina in materia di formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A. (art. 35 bis, D.Lgs. 165/2001);

-adozione di Patti di Integrità per quanto concerne gli affidamenti di lavori, servizi e forniture (art. 1, co. 17, l. 190/2012);

- azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;

-monitoraggio dei tempi procedimentali (art. 1, co. 9, lett. d) della l. 190/2012).

3. OBIETTIVI STRATEGICI

Ai sensi dell'art. 1, co. 8, della L. n. 190/2012, come modificato dall'art. 41, co. 1, lett. g), del D.Lgs. n. 97/2016, *"l'organo di indirizzo 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"*.

Considerata la molteplicità delle attività che si espletano nell'ambito della ASL che è di ampie dimensioni con una complessità organizzativa determinata da un gran numero di risorse umane e numerosi rapporti che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici, l'Azienda ritiene che, in un modello così articolato, il contrasto alla corruzione assuma un rilievo centrale.

La prevenzione della corruzione si basa fondamentalmente su un sistema di misure di pianificazione e controllo, che coinvolge tutti i livelli di attività, i cui principali strumenti sono: la trasparenza, la formazione, i codici di comportamento e la gestione del rischio corruttivo.

Con il presente Piano si intendono perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- prosecuzione delle attività di sensibilizzazione e formazione obbligatoria di livello generale verso tutto il personale riguardo ai temi dell'etica, della legalità e della prevenzione della corruzione, e formazione obbligatoria e specifica per il RPCT, i Referenti e Dirigenti delle aree mappate;
- Coinvolgimento delle UOC e UOSD SPTA nella valutazione del "potenziale evento corruttivo", attraverso l'elaborazione di apposite schede;
- Prosecuzione delle azioni per la diffusione della cultura della trasparenza all'interno della ASL e verso i cittadini e stakeholders anche mediante la diffusione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato;
- Formazione specifica sulla trasparenza rivolta al RPCT e al personale interessato alla cura degli obblighi di pubblicazione;
- Prosecuzione delle attività per la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli da pubblicare obbligatoriamente ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i.
- Tali obiettivi saranno perseguiti prevalentemente attraverso attività formative.

  In sintesi: diffondere la cultura dell'etica e dell'integrità verso tutti i dipendenti e collaboratori; consolidare l'attuazione dei principi della trasparenza.

Lo scopo è quello di fare acquisire a tutto il personale, la consapevolezza della necessità di agire con correttezza ed integrità nell'espletamento delle proprie attività istituzionali con l' obiettivo generale di un "cambiamento culturale" che coinvolga tutta l'Amministrazione, per il raggiungimento del quale si ritiene che fondamentali siano: l'informazione, la formazione e la sensibilizzazione di tutto il personale, nonché la costante collaborazione e confronto tra dirigenti e dipendenti, nell'ottica di garantire il corretto utilizzo delle risorse pubbliche, di rendere trasparenti le procedure e imparziali le decisioni dell'

amministrazione. Il presente Piano costituisce, dunque, un ulteriore documento strategico-programmatico dell'Azienda.

4. ANALISI DEL CONTESTO

La fase indispensabile del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la quale comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione o a causa delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di 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 PTPCT viene in tal modo contestualizzato e definita la strategia di prevenzione con le relative misure individuate secondo le specifiche criticità.

Considerato 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 prescindere da un'analisi dello specifico contesto, pertanto di seguito, 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.

5. CONTESTO INTERNO

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.

Sono organi dell'Azienda, il Direttore Generale, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale. Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

La sede legale è a Chieti in via dei Vestini, snc.

Il sito internet istituzionale è il seguente: www.asl2abruzzo.it

Il logo aziendale ufficiale è quello di seguito raffigurato:

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.

L'Azienda svolge la funzione di erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti con essa accreditati. Nell'espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute, nel rispetto di libera scelta del cittadino, l'Azienda si impegna a creare le condizioni di effettiva equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi per tutti gli utenti, esercitando funzioni di controllo e verifica sulle prestazioni offerte e monitorandone la qualità e l'appropriatezza. In particolare, l'operato dell'Azienda è focalizzato sulla riorganizzazione dell'offerta sanitaria e sul rispetto dell'equilibrio economico-finanziario.

Tale azione si concretizza attraverso: l'impegno costante nella realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali che, attraverso un rafforzamento dei servizi sul territorio e una riqualificazione dell'offerta ospedaliera, sia in grado di fornire risposte appropriate ai bisogni di salute. La riorganizzazione e la qualificazione ospedaliera saranno perseguite attraverso: il contenimento delle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali; la riduzione della mobilità passiva; l'ottimizzazione dei consumi di beni sanitari.

La riorganizzazione e il potenziamento del territorio saranno attuate con il consolidamento dell'assistenza territoriale e l'incremento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale in ADI.

Assetto Organizzativo

L'Azienda si articola in diverse macrofunzioni: funzione di governo e correlata funzione di staff, funzione di produzione dei servizi sanitari (insieme di attività finalizzate all'erogazione diretta di servizi e prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, effettuata nei diversi regimi consentiti, incluse le attività svolte in regime libero-professionale intramuraria), funzione tecnica e amministrativa.

L'Azienda adotta le metodologie e gli strumenti del governo clinico ed integra le stesse con quelli del governo economico al fine di perseguire l'appropriatezza delle risposte clinico-assistenziali, il miglioramento della qualità dei servizi, l'efficacia degli interventi unitamente al miglioramento dell'efficienza e al contenimento dei costi. Ne deriva una stretta relazione tra le due dimensioni del governo aziendale, quella clinica e quella economica, anche rispetto al sistema e all'articolazione delle responsabilità a tutti i livelli dell'assetto organizzativo.

L'Azienda, per orientare le proprie azioni, si configura come organizzazione che:

- implementa 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;

- rafforza il processo di aziendalizzazione;
- mira alla riconversione e alla riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
- realizza 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 di carattere non solo economica, possono incentivare il raggiungimento degli obiettivi da parte delle strutture organizzative, di gruppi multidisciplinari e di ciascun operatore.

L'azienda in cifre

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti, è organizzata in Dipartimenti, Unità operative complesse, semplici, semplici dipartimentali e in Distretti come previsto nel modello organizzativo definito nell'atto aziendale adottato con deliberazione n. 322 del 14/3/2018, con la quale sono state recepite le indicazioni di cui alla DGR Abruzzo n. 51 del 02 febbraio 2018, avente ad oggetto la presa d'atto del parere di conformità della deliberazione n. 1200 del 03/11/2017 ai sensi della DGR Abruzzo n. 402 del 21 luglio 2017 di modifica ed integrazione alla DGR Abruzzo n. 78 del 28 febbraio 2017.

Popolazione residente nella ASL 2 per Aree Distrettuali e genere (Istat al 1° gennaio 2021)

Aree Distrettuali	Femmine	Maschi	Totale complessivo
Area distrettuale 1	87.121	81.916	169.037
Area distrettuale 2	55.183	52.833	108.016
Area distrettuale 3	50.049	48.113	98.162
Totale Asl 02	**192.353**	**182.862**	**375.215**

Collocazione punti di erogazione

Presidi Ospedalieri

I presidi ospedalieri sono i seguenti: P.O. clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti, a cui afferisce lo Stabilimento Ospedaliero "Bernabeo" di Ortona, P.O. "F. Renzetti" di Lanciano, P.O. "San Pio" di Vasto, P.O. "San Camillo" di Atessa classificato quale Presidio Ospedaliero in zona disagiata (DGR n. 824 del 25/10/2018).

L'assistenza ospedaliera segue una logica dipartimentale secondo il modello individuato dal D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i., con criteri di aggregazione di unità operative che siano:

- omogenee sotto il profilo delle attività svolte o risorse impiegate;
- interdisciplinari, semplici e/o complesse, basate 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.

Attività Distrettuali

La Asl Lanciano-Vasto-Chieti si articola in tre aree distrettuali, di seguito indicate, strutturate in sette distretti con relativi punti di erogazione:

1. **Area distrettuale 1:**
   - distretto di Chieti (comprendente la sede erogativa di Bucchianico);
   - distretto di Francavilla al Mare (comprendente la sede erogativa di Miglianico e San Giovanni Teatino);
   - distretto di Ortona (comprendente le sedi erogative di Orsogna e di Tollo).
2. **Area distrettuale 2:**
   - distretto di Lanciano (comprendente la sede erogativa di Fossacesia);
   - distretto di Villa Santa Maria (comprendente le sedi erogative di Lama dei Peligni e di Torricella Peligna).
3. **Area distrettuale 3**:
   - distretto di Vasto (comprendente la sede erogativa di Casalbordino);
   - distretto di San Salvo (comprendente la sede erogativa di Castiglione Messer Marino).

Integrazione Ospedale-Territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera comprende una concentrazione crescente di tecnologie, complessità e intensità di cure, che di fatto deve avere forti relazioni con le 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.

Presidi Territoriali di Assistenza

Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) si configura come "struttura a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale e multidisciplinare orientata, in particolare, alla presa in carico delle condizioni di fragilità e di complessità assistenziale collegate alla cronicità e alla risoluzione di problematiche acute che non necessitano di degenza ospedaliera.
Sul territorio della Asl Lanciano Vasto Chieti insistono tre PTA nei comuni di:

- Casoli;
- Gissi;
- Guardiagrele.

Ospedale di Comunita'

L'Ospedale di Comunità è una struttura residenziale territoriale istituita all'interno del PTA, di ricovero breve per pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità di cura, che si colloca fra il ricovero ospedaliero e le cure domiciliari, in uno stretto rapporto di collaborazione funzionale con i medici di medicina generale (MMG), al fine di costruire una rete di servizi sanitari extra ospedalieri.
Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto- Chieti tali strutture sono previste nei PTA di Casoli, Gissi e Guardiagrele con una dotazione di n. 20 posti letto ciascuno.

I Dipartimenti dell'area tecnico-amministrativa

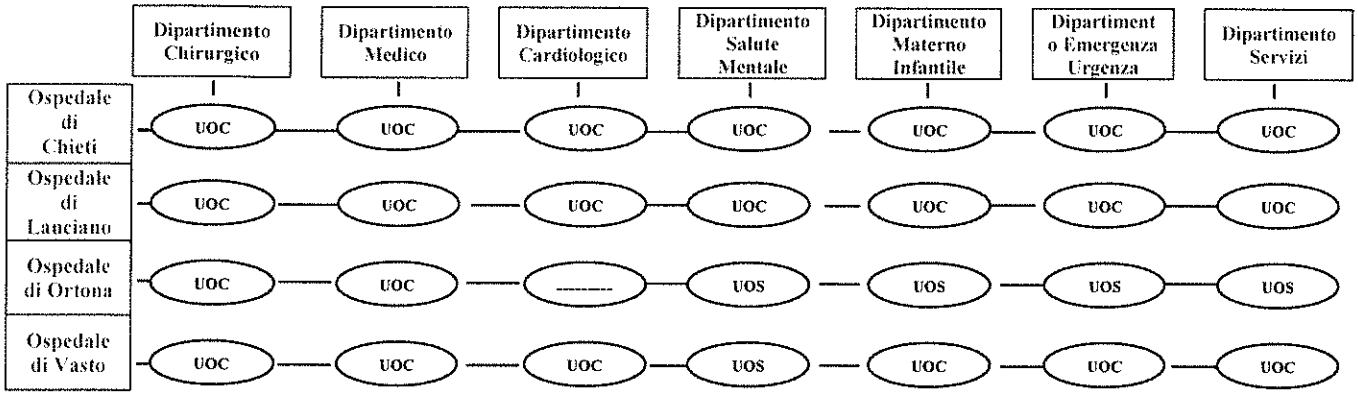
I Dipartimenti dell'area tecnico -amministrativa forniscono all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di produzione, esercitando le funzioni attribuite nel rispetto della logica del "cliente interno" e ricercando la massima integrazione con tutte le altre attività aziendali, favorendo l'efficienza e assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura tecnica ed amministrativa. Essi sono distinti in:

1. Dipartimento Tecnico;
2. Dipartimento Amministrativo.

Dipartimenti Ospedalieri

L'analisi dei dati prosegue con la rappresentazione delle attività secondo l'organizzazione dipartimentale per disciplina e per struttura, così come evidenziato nell'organigramma che segue.

In particolare le Unità operative ospedaliere che assicurano l'assistenza nei diversi presidi risultano così ricomprese nei diversi Dipartimenti



Risorse Umane

Per il triennio 2022-2024, tenuto conto delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e di indirizzo della Regione Abruzzo adottati anche per il potenziamento della rete di assistenza ospedaliera e territoriale (D.G.R. n. 334/2020, n. 443/2020 e n. 598/2020 e da ultimo D.G.R. 463/C del 26 luglio 2021), nonché dei vincoli di spesa previsti dalla legislazione nazionale vigente in materia di spesa del personale, nonché delle deroghe a tali vincoli previste dalle disposizioni nazionali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, ferma restando la verifica del conseguimento dell'obiettivo dell'equilibrio economico ,nel limite di spesa tendenziale anno 2021, cui va aggiunto lo specifico finanziamento previsto dal D.L. 34/2020, l'Azienda ASL Lanciano-Vasto-Chieti, procederà, tenuto conto del fabbisogno di personale determinato nel PTF con deliberazione n. 316 del 26.07.2019 ed in via definitiva con deliberazione n. 37 del 25.09.2019:

-nei termini di cui alla vigente normativa, ad ulteriore stabilizzazione del personale medico, tecnico-professionale e infermieristico, dirigenziale e non, del Servizio Sanitario Nazionale in possesso del requisito di tre anni di anzianità (D.Lgs n. 75/2017 e s.m.i - da ultimo con L. n. 77/2020 di conversione del D.L. n. 34/2020); ciò anche al fine di realizzare una riduzione della spesa sostenuta per il personale con rapporto di lavoro flessibile;

-nei termini di cui alle emanande disposizioni normative (Legge di Bilancio 2022), alla stabilizzazione del personale assunto per emergenza Covid in possesso dei previsti requisiti.

L'Azienda inoltre nel corso dell'anno 2022, all'esito della conclusione della procedura concorsuale aggregata – capofila Asl di Teramo - per Operatori Socio Sanitari, procederà alla definitiva reinternalizzazione del personale del profilo.

Obiettivo Specifico: Predisposizione Piano Triennale Fabbisogni

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale del triennio di riferimento sarà predisposto sulla scorta degli ulteriori indirizzi forniti dalla Regione Abruzzo all'esito dell'approvazione della nuova rete ospedaliera, nelle more di quanto innanzi, l'Azienda procederà:

- ad assunzioni di personale a tempo indeterminato per turn-over di personale cessato a vario titolo, con particolare riferimento alla copertura dei posti vacanti di Direttore di Struttura Complessa, previa specifica autorizzazione da parte del Componente la Giunta Regionale delegato alla programmazione sanitaria e del Direttore del Dipartimento Sanità;
- ad assunzioni di personale finalizzato ad assicurare l'erogazione di LEA previa specifica autorizzazione da parte del Componente la Giunta Regionale delegato alla programmazione sanitaria e del Direttore del Dipartimento Sanità.

Per le assunzioni di personale a tempo indeterminato l'Azienda procederà ad espletare le procedure concorsuali in modalità aggregata secondo le modalità indicate nelle Linee di indirizzo regionali di cui alla D.G.R. n. 228/2019, compatibilmente con quanto previsto dalle disposizioni nazionali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

L'Azienda prosegue nella trasmissione del flusso del personale nei termini di cui al punto 2 della D.G.R. n.211/2019.

L'incremento di spesa derivante dal processo di reinternalizzazione del personale OSS a sua volta trova compensazione nel minor costo della voce " beni e servizi".

Gestione reclami

Nel 2021 sono pervenuti all'URP (mail dell'Ufficio e nei vari punti in cui esso è articolato) e sono stati gestiti n.403 "reclami" (segnalazioni, esposti, richieste non semplicemente informative, ecc.)..

Tra questi, numerosi quelli concernenti l'impossibilità di prenotare per esaurimento rapido delle disponibilità in lista. Ciò ha riguardato anche le prestazioni in classe di priorità che, però, sono state prese in carico dal CUP, anche su sollecitazione dell'URP cui gli utenti si erano rivolti.

Diverse le segnalazioni concernenti il servizio di continuità assistenziale, soprattutto per le mancate risposte telefoniche e gli aspetti relazionali nel rapporto personale sanitario-paziente.

Per quanto attiene specificamente al COVID, l'URP ha ricevuto numerose richieste/segnalazioni circa l'effettuazione di tamponi, tra cui mancato esito e disguidi organizzativi nelle vaccinazioni .

Procedimenti disciplinari

Nel corso del 2021, non si ha contezza del verificarsi di eventi corruttivi; tuttavia, nel corso dello stesso anno sono stati avviati/ripresi procedimenti disciplinari per eventi corruttivi e per fatti penalmente rilevanti verificatisi nelle precedenti annualità. Sono pervenute complessivamente n. 19 segnalazioni e/o provvedimenti giudiziali riguardanti la violazione degli obblighi comportamentali e per fatti anche penalmente rilevanti, di cui n. 11 esitati in procedimenti disciplinari.

Si è provveduto, inoltre, ad attivare una **consultazione pubblica** per l'aggiornamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2022-2024, 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 del Piano, con l'utilizzo di apposito modello allegato. Entro il termine stabilito, non sono pervenute né proposte né osservazioni.

6. CONTESTO ESTERNO

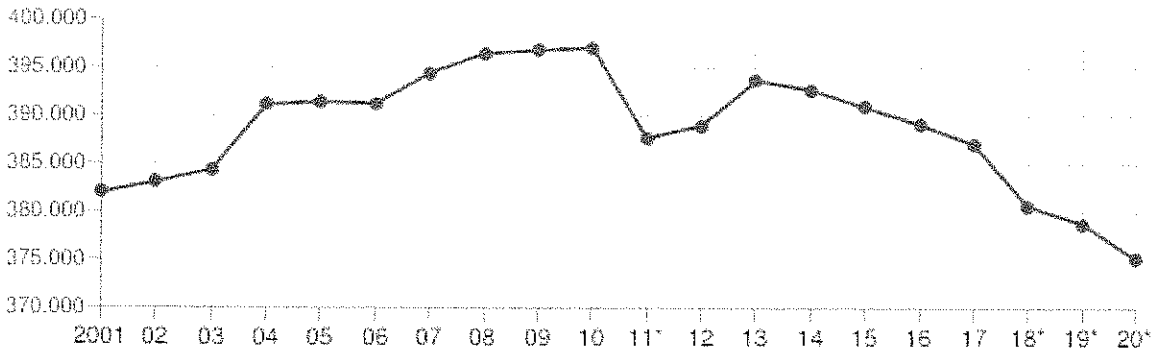
Il territorio della ASL Lanciano-Vasto-Chieti coincide con quello della Provincia di Chieti. Si estende per 2.588,35 Kmq, pari al 24 % del territorio abruzzese, e comprende 104 comuni, di cui 9 costieri, 33 pedemontani e 62 montani. Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto-Chieti sono residenti 375.215 abitanti (dati Istat al 31 dicembre 2020), pari al 29% della popolazione regionale, per una densità abitativa media di 144 ab./kmq (maggiore rispetto alla media di 118 ab./kmq nella regione).
La popolazione ha subito anche nel 2020 un decremento in tutta la regione e nella provincia di Chieti si è registrata una diminuzione di 3.625 unità (pari all'1%).

Tab. 1- POPOLAZIONE AL 31.12.2020 E VARIAZIONE 2020/2019 PER PROVINCIA. Valori assoluti (fonte ISTAT)

PROVINCE	Popolazione censita al 31.12.2019	Popolazione calcolata al 31.12.2020	Aggiustamento statistico censuario	Popolazione censita al 31.12.2020	Variazione censuaria 2020-2019
	P19	P19+ST(*)	AG	P19+ST*+AG	
Chieti	378.840	376.408	-1.193	375.215	-3.625
L'Aquila	294.838	292.433	-1.622	290.811	-4.027
Pescara	316.363	314.597	-715	313.882	-2.481
Teramo	303.900	301.950	-846	301.104	-2.796
ABRUZZO	1.293.941	1.285.388	-4.376	1.281.012	-12.929

* saldo totale (ST) della dinamica demografica (Saldo naturale + Saldo migratorio) del Bilancio demografico 2020

Fig.1 - ANDAMENTO DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN PROVINCIA DI CHIETI 2001/2020



Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI CHIETI - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Il decremento è dovuto ad un tasso di mortalità più alto rispetto all'anno precedente, legato anche all'epidemia da Covid – 19, ma anche alla continua discesa del tasso di natalità, che in provincia di Chieti è sceso al 6,1 per mille (rispetto al 6,4 per mille del 2019).

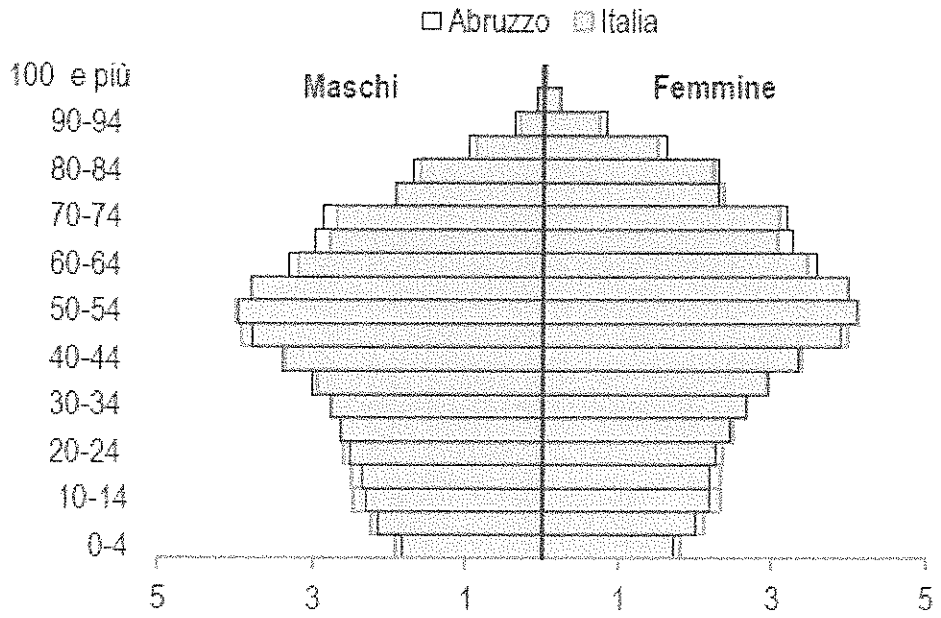
Tab. 2- TASSO DI NATALITÀ E DI MORTALITÀ 2020/2019 PER PROVINCIA. Valori per mille (fonte ISTAT)

PROVINCE	Tasso natalità		Tasso di mortalità	
	2019	2020	2019	2020
Chieti	6,4	6,1	11,5	12,5
L'Aquila	6,3	6,4	12	12,8
Pescara	6,8	6,8	10,6	12,2
Teramo	6,7	6,4	10,9	12,3
ABRUZZO	**6,6**	**6,4**	**11,3**	**12,4**
ITALIA	**7,0**	**6,8**	**10,6**	**12,5**

Tuttavia il fenomeno è disomogeneo in ragione delle differenze orografiche del territorio: in provincia di Chieti si trovano sia il Comune che - in controtendenza rispetto alla media regionale – fa registrare il massimo incremento assoluto di residenti (Francavilla al Mare, con +568 abitanti nel 2020), sia il Comune più piccolo della Regione, che registra un -8,5% di popolazione (Montebello sul Sangro, con 75 abitanti).

Per quanto riguarda la distribuzione per fasce d'età, la popolazione abruzzese presenta nel 2020 una struttura per età sensibilmente più anziana rispetto al resto del Paese. Aumentano sia l'indice di vecchiaia, che l'indice di dipendenza degli anziani (rapporto percentuale tra la popolazione over 65 e la fascia tra i 15 e i 64 anni).

Fig. 2 – PIRAMIDE DELLE ETÀ DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE, ABRUZZO E ITALIA. Censimento 2020 (fonte ISTAT)



Nella provincia di Chieti l'età media supera i 46 anni (pari a 46,6, cifra più alta rispetto alla media regionale pari al 46, 3 e alla media nazionale pari a 45,4). Ci sono 212 persone over 65, ogni 100 ragazzi tra 0 e 14 anni (indice di vecchiaia, più alto di quello abruzzese pari a 202); risulta particolarmente elevato anche l'indice di dipendenza degli anziani (41, contro la media regionale di 39,2).

Tab. 3 – INDICATORI DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE PER PROVINCIA. Censimento 2020 (fonte ISTAT)

	Rapporto di mascolinità	Età media	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza anziani	Indice di struttura della popolazione attiva
Chieti	95,1	46,6	212,7	60,3	41,0	145,0
L'Aquila	98,0	46,7	214,1	58,7	40,0	144,7
Pescara	93,2	45,8	188,0	58,4	38,1	145,2
Teramo	95,8	45,9	195,2	56,5	37,3	142,7
ABRUZZO	95,4	46,3	202,5	58,6	39,2	144,4
ITALIA	95,0	45,4	182,6	57,3	37,0	141,9

7. LA CRIMINALITA' NEL TERRITORIO

L'indice di percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica, presentato da Transparency International nel 2021, vede l'Italia al 42esimo posto su 180 Paesi, con un punteggio di 56 punti su 100. Un rafforzamento della credibilità internazionale, nell'ambito di un andamento costante dell'ultimo decennio che dal 2012 ha portato il nostro Paese a guadagnare 14 punti, influendo sul clima generale di fiducia, sostenuto anche dagli sforzi espressi da numerosi stakeholder del settore privato e della società civile nel promuovere i valori della trasparenza, dell'anticorruzione e dell'integrità.

Per quanto attiene alla criminalità presente sul territorio, consultando **l'annuale classifica del Sole 24 ore** che analizza le denunce di furti, rapine e altri tipi di reati riferiti all'anno 2020, la provincia di Chieti occupa l'**84esima** posizione, su 106: sono state 9005 le denunce complessive, una media di 2350 ogni 100mila abitanti.

Tra le possibili ingerenze nelle attività istituzionali, in particolare nell'ambito delle infiltrazioni delle organizzazioni criminali nel tessuto economico produttivo e sociale provato dalla crisi prodotta dalla pandemia, come evidenziato nella **relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento** relativa all'annualità 2020, si rileva su tutto il territorio nazionale, che "sono confermati sensibili i settori della sanità pubblica e privata per l'approvvigionamento e la fornitura di apparecchiature sanitarie, anche di alta specializzazione, nonché quello dell'approvvigionamento dei dispositivi di protezione e della produzione fraudolenta di prodotti contraffatti e non in linea con le prescrizioni sanitarie. [...] Gli investimenti pubblici erogati [...] per il potenziamento, a titolo esemplificativo, del sistema sanitario nazionale potrebbero essere oggetto di interesse da parte dei sodalizi criminali per rafforzare la propria presenza in settori in cui si sono già inseriti da tempo, come quello del ciclo del cemento o nei quali sono comparsi più di recente, come quello della fornitura di beni e servizi per le cure mediche. Altri ambiti d'interesse sui quali le cosche continueranno a lucrare sono i servizi di smaltimento dei rifiuti sanitari. [...] Altrettanto rilevante è la capacità dei clan di gestire il mercato della contraffazione, che potrebbe investire anche il settore dei farmaci, dei prodotti parafarmaceutici e medicali, dei corredi sanitari di protezione." Anche la diffusione dei vaccini è stata considerata un'ulteriore area di interesse per i gruppi criminali cui le Forze di polizia hanno posto particolare attenzione. L'analisi delle risultanze investigative consente di affermare dunque

che l'infiltrazione nel settore degli appalti e dei sub-appalti costituisce la forma più evoluta di condizionamento del tessuto economico produttivo.

"In provincia di Chieti sono stati riscontrati inoltre, negli anni, interessi illeciti prevalentemente perseguiti da parte di consorterie campane calabresi e pugliesi. Le zone più esposte sono le aree contigue alla città di Francavilla al Mare, tenuto conto anche della vicinanza alla città di Pescara, nonché il comprensorio di Vasto che occupa una posizione al confine con la provincia di Foggia".

Per favorire la legalità e la trasparenza dell'attività di impresa, in questa particolare congiuntura, nel contesto territoriale di riferimento dell'Azienda, a maggio del 2021, la prefettura di Chieti e la Camera di commercio Chieti Pescara hanno sottoscritto un protocollo d'intesa che mira proprio a prevenire il pericolo di infiltrazione della criminalità organizzata nel tessuto economico sano e a diffondere la cultura della legalità fra le imprese e le loro associazioni.

La sfida che riguarderà l'Italia nei prossimi anni, e anche la nostra Azienda, è quella della piena realizzazione dei progetti previsti nelle missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che richiederà la massima attenzione alla prevenzione dei rischi di corruzione.

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.

La ASL, come illustrato, è peraltro 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.

Molto importante è anche l'informatizzazione di numerosi processi che 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.

8. COMPITI PRIORITARI E RESPONSABILITA'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;
- 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 RPCT deve essere una persona che abbia sempre mantenuto una condotta irreprensibile, escludendo coloro che siano stati destinatari di provvedimenti giudiziali di condanna o provvedimenti disciplinari, poiché deve essere una figura in grado di garantire la buona immagine e il decoro dell'amministrazione. Per questo è fondamentale che la scelta ricada su un soggetto che abbia dato nel tempo dimostrazione di un comportamento onesto e corretto. Ciò sia nell'interesse dell'amministrazione, sia nell'interesse e a tutela del prestigio dello stesso RPCT che potrà esercitare i propri compiti con maggior autorevolezza.

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. Nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti l'incarico di RPCT è stato conferito alla Dott.ssa Giustinantonia Chieffo, Dirigente Responsabile della UOSD Sistema Informazione, Comunicazione e Marketing e individuato come sostituto il Direttore della UOC Affari Generali, Gestione documentale e Convenzioni, Dott. Errico D'Amico.

I poteri di vigilanza e controllo del RPCT sono funzionali al ruolo principale che il legislatore gli assegna che è quello di proporre e di predisporre adeguati strumenti interni all'amministrazione per contrastare l'insorgenza di fenomeni corruttivi. Detti poteri devono rimanere connessi all'obiettivo principale assegnatogli che è quello della predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione di un ente e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione, di

conseguenza, si inseriscono e vanno coordinati con quelli di altri organi di controllo interno delle amministrazioni al fine di ottimizzare, senza sovrapposizioni o duplicazioni, l'intero sistema di controlli. Ciò implica, naturalmente, che detti uffici/organi debbano assicurare sempre piena collaborazione con il RPCT, tenendolo informato sugli esiti delle attività svolte.

Al RPCT non spetta accertare responsabilità e svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile e, quindi, la fondatezza dei fatti. Il RPCT è tenuto a fare riferimento agli organi preposti appositamente sia all'interno dell'amministrazione che all'esterno, valorizzando così un rapporto di poteri strettamente connessi, e non sovrapponibili, con quello di altri soggetti che hanno specifici poteri e responsabilità sul buon andamento dell'attività amministrativa nonché sull'accertamento di responsabilità. Tra RPCT e organi di controllo è quindi opportuno, che si crei una collaborazione stabile nel rispetto delle rispettive competenze.

Rapporti tra RPCT e Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento. E' necessario, comunque, che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative preveda l'obbligo di pubblicazione, che deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza. In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati "minimizzazione dei dati".

Riguardo ai rapporti tra RPCT e DPO, l'Autorità ritiene che, per quanto possibile, le figure non debbano coincidere, ritenendo che la sovrapposizione dei due ruoli possa rischiare di limitare l'effettività dello svolgimento delle attività riconducibili alle due diverse funzioni, tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa attribuisce sia al RPD che al RPCT, dello stesso avviso è anche il Garante per la protezione dei dati personali .

In ogni caso, per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento e supporto anche per il RPCT nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici.

Ruolo degli organi di indirizzo e dei vertici amministrativi

E' senza dubbio necessario che le responsabilità connesse all'adozione del PTPCT e alla sua attuazione, non si concentrino sulla sola figura del RPCT, ma che vi sia una partecipazione degli organi di indirizzo per una piena consapevolezza e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie.

L'organo di indirizzo deve assumere un ruolo proattivo, anche attraverso la creazione sia di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole di reale supporto al RPCT, sia di condizioni che ne favoriscano l'effettiva autonomia.

Infatti, l'organo di indirizzo, dispone di competenze rilevanti nel processo di individuazione delle misure di prevenzione della corruzione:

- 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.
- il RPCT ha l'obbligo di riferire all'Organo di indirizzo politico sull'attività svolta, con la relazione annuale, da pubblicare anche nel sito web dell'amministrazione.
- L'organo di indirizzo dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Ruolo degli Organismi indipendenti di valutazione (OIV)

A seguito dell'entrata in vigore del d.l. 90/2014, non risultano modificati i compiti degli OIV che sono tenuti a promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza. Si evidenzia che l'attività di attestazione degli OIV dei dati pubblicati continua a rivestire particolare importanza per l'ANAC che, nell'ambito dell'esercizio dei propri poteri di controllo e vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione e trasparenza, definisce annualmente le modalità per la predisposizione dell'attestazione sull'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza che va pubblicata da parte del RPCT.

Infatti, in data 28/06/2021 l'OIV ha predisposto la "Griglia di rilevazione", attraverso la verifica diretta di corrispondenza tra quanto pubblicato su sito aziendale e quanto previsto dalla Delibera ANAC n° 294/2021 e, nella seduta del 28.06.2021, in modalità telematica, il RPCT ha relazionato in merito alle modalità di aggiornamento e al rispetto degli adempimenti connessi all'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione nella

sezione "Amministrazione Trasparente" dell'Ente. L'OIV ha svolto gli accertamenti tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi dall'attività di controllo svolta dal RPCT .

Il ruolo degli OIV 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.

Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) della ASL Lanciano-Vasto Chieti, in riferimento all'anticorruzione e alla trasparenza, svolge i seguenti compiti: 1) cura i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis, D. Lgs. n. 165/2001); 2) propone l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale; 3) vigila sull'applicazione del Codice di comportamento aziendale; 4) provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'Autorità giudiziaria; 5) trasmette al RPCT un report contenente i dati e le informazioni inerenti agli illeciti rilevati, anche in riferimento alla Relazione annuale del RPCT ex art. 1, co. 14, l. 190/2012.

Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (Rasa)

Come raccomandato dall'ANAC, 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 Acquisizione Beni e Servizi, 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.

Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo

Con delibera n. 598 del 16.5.2018 è stato nominato, ai sensi del Decreto del Ministero dell'Interno del 25/09/2015, il Dott. Pierluigi Galassi, Direttore della UOC Acquisizione beni e servizi, quale *"Gestore"* delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, della ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti , delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni alla UIF.

9. I REFERENTI DELLA PREVENZIONE E LE UNITA'OPERATIVE MAPPATE

In considerazione della complessa articolazione aziendale e dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture della ASL, si è ritenuto necessario avvalersi delle figure permanenti di Referenti, rappresentativi delle molteplici attività aziendali, che operano in collegamento con il RPCT, 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.

Il Referente collabora col Responsabile Anticorruzione svolgendo attività informativa nei confronti dello stesso 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. 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 quasi tutte le UO che in fase di aggiornamento del Piano risultano essere:

- Assistenza Sanitaria di Base Specialistica
- Acquisizione beni e Servizi
- 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. (Chieti/Ortona- Lanciano/Atessa- Vasto)
- Affari Generali, Gestione Documentale e Convenzioni
- Ufficio Legale
- Informatica e Reti
- Investimenti, Patrimonio e Manutenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Servizi Economali e Logistici
- Governo Attività Amministrative Dipartimento di Prevenzione
- UU.OO. Dipartimento di Prevenzione (Sanità Animale- SIAOA- SIAPZ- SIAN- SIESP- SPSAL-Medicina dello sport-Medicina Legale)
- Ingegneria Clinica
- Servizi Territoriali (Servizio Farmaceutico, Medicina Penitenziaria, Ser.D)
- Sistema Informazione, Comunicazione e Marketing
- Servizio Aziendale Professioni Sanitarie (SAPS)
- Contabilità e Bilancio
- Qualità, Accreditamento e Risk Management

- Programmazione e Controllo di Gestione
- Valutazione Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie
- Governo Liste d'Attesa e Sistemi di Prenotazione
- Servizio Prevenzione e Protezione
- Servizio Farmaceutico Ospedaliero
- Comitato Etico
- Dipartimenti Sanitari (Medico- Cuore- DEA-Materno Infantile- Chirurgico - Servizi)
- Fisica Sanitaria
- ADI Assistenza semiresidenziale e residenziale
- Cure Palliative e Hospice
- Centro Trasfusionale Aziendale
- Centro Trasfusionale Territoriale

Pertanto, tutti i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative aziendali coinvolti nel Piano, sono tenuti a fornire il necessario apporto sia al Responsabile anticorruzione e trasparenza che ai Referenti delle aree definite. Il RPCT è, dunque, 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 e trasparenza.

10. LA RESPONSABILITA' DEI DIRIGENTI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE

La concreta attuazione delle misure anticorruzione è strettamente legata al ruolo attivo dei Dirigenti che sono tenuti a fornire il loro apporto collaborativo al Responsabile della prevenzione con poteri propositivi e di controllo e obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione.

La collaborazione è fondamentale per consentire al RPCT e all'organo di indirizzo di definire misure concrete e sostenibili, individuando e programmando le stesse in termini di precisi obiettivi da raggiungere da parte di ciascuna UO coinvolta, anche ai fini della responsabilità dirigenziale.

Infatti, per la mappatura dei processi è indispensabile la massima partecipazione dei Dirigenti, sia per la rilevazione dei processi che per le successive fasi di identificazione e valutazione dei rischi, così anche per lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione che 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.

A tal fine, sono stati espletati adeguati e mirati processi formativi, sensibilizzando i Dirigenti sull'importanza del loro ruolo e della loro collaborazione al fine di consentire una maggiore partecipazione a tutte le fasi di predisposizione e attuazione del PTPCT, promuovendo in tal modo la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti.

I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano: alla responsabilità del RPCT si affiancano quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPCT, rispondono dell'attuazione delle misure di prevenzione.

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

Di conseguenza, i dipendenti che operano in settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione, i responsabili delle posizioni organizzative e i dirigenti, devono attestare di essere a conoscenza del Piano per la prevenzione della corruzione, approvato annualmente con Delibera del Direttore Generale della A.S.L. e provvedere all'esecuzione di quanto in esso previsto per le parti di rispettiva competenza.

11 .INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A PIÙ ELEVATO RISCHIO DI CORRUZIONE

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 sia nelle aree di rischio individuate dall'art. 1, comma 16 della legge 190/2012, sia raccogliendo le proposte dei dirigenti di altre aree sensibili individuate sulla base della specificità aziendale, che gradualmente si implementano con gli aggiornamenti dei Piani, in considerazione della complessità organizzativa aziendale, tenendo conto del principio della gradualità cioè che le diverse fasi di gestione del rischio possono essere sviluppate gradualmente, al fine di consentire un miglioramento progressivo e continuo nella rilevazione e analisi dei processi così come nella valutazione e trattamento dei rischi, individuando, dunque, gli eventi rischiosi e le misure di prevenzione per alcune aree di rischio sia "generali" che "specifiche".

Pertanto, alla luce di quanto sopra, le aree di attività che complessivamente sono state trattate nel presente Piano risultano essere quelle riferite alle UO riportate al capitolo n. 9.

12. IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE

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, sia per l'area PTA che per l'area sanitaria.

Come già effettuato negli anni precedenti, con note del 22.11.2021 e 20.12.2021 è stato rammentato alle UO aziendali che l'Autorità col PNA 2019 ha dato indicazioni metodologiche per la gestione del rischio corruttivo confluite nel documento metodologico Allegato 1) al Piano stesso. Con il loro pieno coinvolgimento, pertanto, è stato raccomandato di effettuare la valutazione del "potenziale evento

corruttivo", per l'anno 2022, attraverso l'elaborazione di schede da compilare in conformità ai criteri e alla metodologia di cui al menzionato allegato 1, da trasmettere al RPCT.

In tal modo, l'Azienda mira a coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla trasparenza, all'integrità e al contrasto della corruzione, al fine di stabilire opportuni collegamenti con il ciclo della performance, evidenziando il proprio diretto coinvolgimento in ordine alle finalità da perseguire nelle suddette materie, rappresentando così la lotta alla corruzione un obiettivo strategico.

Particolare attenzione, dunque, deve essere posta alla coerenza tra PTPCT 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.

Considerato che l'efficacia del Piano dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione, è necessario che il suo contenuto sia coordinato con quello degli altri strumenti di programmazione.

Infatti, al fine di favorire l'interazione tra Performance e PTPCT , diversi processi mappati all'interno del Piano si riferiscono ad obiettivi-indicatori di Performance aziendali assegnati alle UO di competenza. In tal modo il Piano assume un valore programmatico ancora più incisivo risultando d'ausilio anche per le attività di valutazione della Performance come efficace elemento di supporto sia in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire che per il miglioramento gestionale.

13. 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.

Non è un'attività meramente ricognitiva, ma è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, si basa fondamentalmente su un processo di diagnosi e trattamento del rischio, che 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 RPCT; 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.

Per la predisposizione del presente Piano, come per il precedente PTPCT, è stata seguita la metodologia di cui all'allegato 1 al PNA 2019 che costituisce un documento metodologico col quale l'Autorità ha fornito indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo che ha sostituito l'allegato 5 del PNA 2013.

Infatti, per l'analisi del rischio e, quindi, per stimare il livello di esposizione al rischio di ciascun processo o sua fase/attività, l'Autorità ha raccomandato di adottare un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione, specificando che la precedente metodologia (allegato 5 PNA 2013), è superata dalla metodologia indicata nell'allegato 1 al PNA 2019 e solo a questo ultimo si dovrà fare riferimento.

Dunque, ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è necessario:

a) scegliere l'approccio valutativo,

b) individuare i criteri di valutazione,

c) rilevare i dati e le informazioni,

d) formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato.

Il RPCT riveste un ruolo importante di coordinamento del processo di gestione del rischio, che non deve essere inteso dagli altri attori come un pretesto per deresponsabilizzarsi, poiché l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione. Risulta, dunque, importante specificare i compiti di coloro che sono coinvolti nella gestione del rischio all'interno dei PTPCT, che di seguito brevemente si riportano:

- L'**organo di indirizzo deve**: tenere conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni da svolgere; assicurargli un supporto concreto, garantendogli adeguate risorse umane , al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue attività; promuovere una cultura dell'etica e della legalità per una corretta valutazione del rischio all'interno dell'amministrazione, anche attraverso percorsi formativi e di sensibilizzazione che coinvolgano l'intero personale.

- **I Direttori e i Dirigenti Responsabili delle Unità Operative devono:**

partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi con il RPCT e supportarlo fornendo dati e informazioni necessari per effettuare la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure; promuovere la formazione in materia di etica e legalità dei dipendenti assegnati alla propria UO, per diffondere una cultura organizzativa basata sull'integrità; provvedere all'attuazione delle misure di propria competenza programmate e previste nel PTPCT, consentendo l'efficace attuazione delle stesse in base ai principi di effettività e prevalenza della sostanza sulla forma.

- **Gli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) devono**:

fornire un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori riguardo alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo; fornire, se disponibili, dati e informazioni utili per la rilevazione dei processi, la valutazione e il trattamento dei rischi; favorire l'integrazione metodologica tra gestione della performance e gestione del rischio corruttivo.

-**Tutti i soggetti che dispongono di dati utili ed i Referenti devono:**

fornire i dati tempestivamente al RPCT per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio ed i **Referenti** delle varie unità organizzative devono supportare operativamente il RPCT in tutte le fasi del processo, senza che ciò comporti una deresponsabilizzare del Dirigente della UO che in quanto tale, ha un ruolo di responsabilità fondamentale nell'ambito della gestione del rischio corruttivo.

Il presente PTPCT è stato elaborato tenendo conto dell'attuale organizzazione aziendale e dell'attività concretamente svolta dall'ASL. L'intero processo si fonda sulla partecipazione e sull'attivazione di meccanismi di consultazione con il coinvolgimento dei Dirigenti e Referenti per le aree di rispettiva competenza. 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

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. 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 nei paragrafi n. 4,5,6,7 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", consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. Anche per il PTPCT 2022-2024 si è tenuto conto di quasi tutte le attività svolte dall'amministrazione che nel corso degli anni sono state esaminate gradualmente in maniera sempre più dettagliata, al fine di identificare aree/attività che, per la loro peculiarità, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Infatti, una descrizione analitica dei numerosi processi dell'amministrazione può essere raggiunta in maniera progressiva nei diversi cicli annuali di gestione del rischio corruttivo tramite, appunto, un approfondimento graduale, fino a raggiungere la descrizione dell'intero processo. Pertanto, 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 nel presente P.T.P.C.T. e, a seconda del contesto, l'area di rischio individuata può coincidere con l'intero processo o con una o più fasi più critiche dello stesso.

Per ogni processo, sottoprocesso e fasi di processo trattati viene compilata, a cura della UO , una **scheda di un potenziale evento corruttivo** contenente tutte le informazioni necessarie per la gestione del rischio,

Le attività dell'azienda mappate nel presente Piano da parte dei Responsabili delle strutture, coadiuvati dal referente individuato per la rispettiva area, 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, il rischio con il relativo livello rilevato; le misure specifiche correlate al processo/fasi, idonee a neutralizzare o ridurre il livello di rischio , la loro tempistica e l'indicatore.

Per l'aggiornamento del presente Piano 2022-2024, le attività di analisi dei processi sono state svolte dalle stesse UO aziendali che, coinvolte nella loro implementazione, meglio ne conoscono le peculiarità e le criticità, proponendo in tal modo misure adeguate per la riduzione del rischio. La strategia di prevenzione ha coinvolto tutte le UO dell'area PTA e tutti i Dipartimenti sanitari di cui è costituita l'Azienda, in modo da raggiungere un ottimo livello di approfondimento della mappatura, effettuando anche interviste accurate agli addetti ai processi per conoscerne gli elementi propri e gli aspetti fondamentali, con il coordinamento del RPCT.

In particolare, è stato richiesto alle UO già mappate e alle nuove istituite, di individuare almeno 2 processi e, per ciascuno di essi, analizzare almeno due fasi, mediante la compilazione delle schede del "potenziale evento corruttivo"(una scheda per ogni fase) da compilarsi in conformità ai criteri e alla metodologia di cui all'allegato 1 al PNA 2019, da trasmettere al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della

Trasparenza, con la possibilità di mappare nuovi processi, rivalutare il livello di rischio dei processi già mappati e riportati nel PTPCT aziendale 2021-2023, o confermare i processi già mappati.

Riguardo ai Dipartimenti Sanitari, utilizzando la stessa metodologia di cui sopra, è stata richiesta, invece, che la valutazione del "potenziale evento corruttivo" venisse effettuata da ciascun Direttore di UOC/UOSD individuando almeno 1 processo del quale analizzare almeno due fasi, mediante la compilazione delle apposite schede (una scheda per ogni fase), da trasmettere al Direttore del proprio Dipartimento e al RPCT. Ciascun Direttore di Dipartimento, a sua volta, verificato l'adempimento da parte di tutti, era tenuto a elaborare o scegliere due processi (per ogni processo esaminare 2 fasi) tra quelli pervenuti, a sintesi dipartimentale, relativi ai potenziali eventi corruttivi ritenuti verificarsi con un indice di probabilità maggiore nel proprio Dipartimento.

In ogni caso, tenuto conto delle notevoli dimensioni dell'Azienda molto articolata, complessa ed in continua evoluzione e dei numerosi processi in cui si articola l'attività svolta, è intenzione dell'ASL proseguire con attenzione e accuratezza l'attività di analisi dei processi e relativi rischi, secondo un percorso di miglioramento continuo.

I componenti del "Gruppo di Lavoro" per la gestione del rischio corruttivo, task force multidisciplinare, istituito con delibera n. 390 del 28.9.2015 e aggiornato con delibera n.7 del 28.12.2015, nella seduta del 13.04.2022 hanno condiviso l'elaborazione della scheda del "potenziale evento corruttivo" predisposto dal RPCT ed utilizzata dalle UU.OO. e preso atto delle schede prodotte dalle stesse, riportate nella bozza allegato n.1 al PTPCT. Inoltre, il RPCT ha reso noto sia il coinvolgimento delle nuove UU.OO Affari Generali, Ufficio Legale e Gestione Amministrativa del Dipartimento di Prevenzione sia che il Piano verrà comunque aggiornato anche alla luce del contenuto del documento "Vademecum" Anac e deliberato in attesa delle linee Guida Ministeriali per il PIAO.

Valutazione del rischio

L'attività di valutazione del rischio viene fatta per ciascun processo e/o fasi 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.

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 derivare dai dati tratti dall'esperienza e, cioè, dalla considerazione dei precedenti giudiziali (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 (discrezionalità dei processi; interesse esterno; controlli; efficacia della trasparenza; grado di attuazione delle misure; personale coinvolto nella gestione del processo).

  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.

L'analisi del rischio

Consiste nel determinare il livello di rischio degli eventi di corruzione per "misurarli" cioè, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione, stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. Al riguardo, come raccomandato dall'ANAC nell'allegato 1 al PNA 2019, è stato adottato un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

Per stimare l'esposizione al rischio, l'Azienda ha definito in via preliminare gli indicatori del livello di esposizione del processo (fase o attività) al rischio di corruzione, supportando l'analisi qualitativa con una rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie a esprimere un giudizio motivato, attraverso forme di autovalutazione da parte dei responsabili delle unità organizzative coinvolte nello svolgimento del processo.

Le valutazioni sono state sempre supportate da dati oggettivi (per es. i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari, segnalazioni, ecc.) che consentono una valutazione più oggettiva ed una stima più attenta, nonché rendono più completa la motivazione del giudizio espresso. L'analisi del rischio è stata fatta anche 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 indicatori di stima che sono stati utilizzati nel processo valutativo e i dati oggettivi impiegati per migliorare il processo di misurazione del livello di rischio, in quanto per supportare l'analisi di tipo qualitativo è necessario esaminare anche dei dati statistici che possono essere utilizzati per stimare la frequenza di accadimento degli eventi corruttivi. Per semplificare e facilitare il raffronto fra gli eventi corruttivi, si è ritenuto utile raggruppare i valori del rischio (livelli) in soli tre livelli (ALTO, MEDIO, BASSO).

INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO

Discrezionalità dei processi

Il processo è del tutto vincolato	BASSO
E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	MEDIO
E' altamente discrezionale	ALTO

Interesse esterno: presenza di interessi, anche economici, per i destinatari del processo

Il processo ha come destinatario finale un ufficio interno	BASSO
Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico	MEDIO
Il processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla PA e comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi (es.: affidamento di appalto)	ALTO

Controlli (controllo preventivo e successivo di regolarità amministrativa,controlli a campione ecc)

Il tipo di controllo applicato costituisce un efficace strumento per neutralizzare il rischio	BASSO
E' efficace ma in minima parte	MEDIO
Non è efficace in quanto il rischio rimane indifferente	ALTO

Efficacia della trasparenza:tracciabilità del processo; diffusione (interna e/o esterna dei documenti/informazioni);completezza e chiarezza dei documenti/informazioni

Le suddette condizioni sono presenti ed attuate in maniera efficace	BASSO
Sono parzialmente presenti e da migliorare	MEDIO
Inadeguate o assenti	ALTO

Grado di attuazione delle misure di trattamento

Le misure vengono attuate	BASSO
Parzialmente attuate	MEDIO
Non vengono applicate	ALTO

Personale coinvolto nella gestione del processo

Il processo è gestito da personale con competenze specifiche e con attribuzione di responsabilità	BASSO
Parzialmente presente il personale con competenze specifiche	MEDIO
Inadeguato o assente il personale con competenze specifiche	ALTO

Valutazione livello di rischio:
Il livello di rischio (alto – medio – basso) deve scaturire esclusivamente dalla valutazione di insieme degli indicatori di rischio utilizzati per la stima. Mentre i dati oggettivi e le informazioni (allegato 2), dovranno essere utilizzati solo come evidenze e guide a supporto della motivazione.

DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL RISCHIO

Per migliorare il processo di misurazione del livello di rischio è necessario supportare l'analisi di tipo qualitativo con l'esame dei dati statistici che possono essere utilizzati per stimare la frequenza di accadimento futuro degli eventi corruttivi. Si suggerisce di utilizzare i seguenti dati:

I dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione	Possono essere considerate le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti: ✓ I reati contro la PA; ✓ Il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione(art.640 e 640 bis c.p.); ✓ I procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti); ✓ I ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.
Le segnalazioni pervenute	**Le segnalazioni ricevute sia dall'interno dell'amministrazione**_ ma anche quelle pervenute dall'esterno. Altro dato da considerare è quello relativo ai **reclami** che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla mala gestione di taluni processi organizzativi.
Ulteriori dati in possesso dell'amministrazione	rassegne stampa, ecc..

La ponderazione

Nella fase di ponderazione del rischio vengono stabilite le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento dei rischi. Attraverso il loro confronto, quindi, si scelgono quali eventi di corruzione è necessario prevenire 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 a 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.

Il trattamento del rischio

La fase di trattamento del rischio consiste nell'individuazione e valutazione delle misure più idonee a prevenire i rischi, che vanno predisposte sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione che vanno distinte in misure generali e misure specifiche.

Le **misure generali** agiscono in maniera trasversale sull'intera organizzazione ed incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione. Le **misure specifiche** agiscono in maniera puntuale sui rischi individuati in fase di valutazione del rischio, consentendo la personalizzazione della strategia di prevenzione incidendo su problemi specifici. Entrambe sono importanti e utili ai fini della elaborazione del sistema di prevenzione della corruzione dell'ente in quanto l'efficacia di una misura dipende dalla capacità di quest'ultima di incidere sulle cause degli eventi rischiosi ed è, quindi, una valutazione correlata all'analisi del rischio (Allegati 1-2).

Devono essere opportunamente progettate e scadenzate a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione, evitando la pianificazione di misure astratte e non realizzabili, proprio perché vanno previste misure concrete e traducibili in azioni precise e fattibili. La loro individuazione e la conseguente programmazione rappresentano il "cuore" del PTPCT di ciascuna amministrazione.

Tutte le misure individuate sono state, pertanto, adeguatamente programmate, descritte , per far emergere ciò che si vuole perseguire e le modalità con cui verranno attuate, al fine di incidere sui fattori abilitanti; è stata indicata la tempistica, utile per scadenzare l'adozione della misura, nonché consentire un agevole monitoraggio da parte del RPCT; sono stati indicati i responsabili, cioè gli uffici destinati all'attuazione della misura, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa; sono stati previsti indicatori di monitoraggio e valori attesi, funzionali alla corretta attuazione delle misure.

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

Il monitoraggio delle misure

L'azione del monitoraggio delle misure è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati, quindi, alla messa in atto, se ritenuto necessario, 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.

In particolare, negli Enti con organizzazioni complesse e di grandi dimensioni (es. diverse sedi dislocate sul territorio), come la ASL Lanciano-Vasto-Chieti, il monitoraggio eseguito dal solo RPCT potrebbe essere non semplice da espletare, pertanto, sono stati previsti sistemi di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è effettuato dalla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello dal RPCT.

A tal fine, questa ASL ha provveduto alla costituzione del "Gruppo di Auditor" per la Verifica Ispettiva Interna (Auditing) della corretta applicazione delle misure previste nel PTPCT, istituendo un flusso informativo che ha fatto pervenire al RPCT gli esiti dei diversi controlli (Audit) condotti all'interno dell'Azienda, informazioni utili come strumento per l'aggiornamento del Piano.

Riguardo all'attività di monitoraggio sull'attuazione delle misure, come fatto negli anni precedenti, è stata avviata un'attività istruttoria che ha riguardato tutte le UU.OO. mappate nel Piano medesimo, attraverso un **monitoraggio semestrale**, (entro giugno/luglio 2021) ed un **monitoraggio annuale** (a consuntivo, entro il mese di novembre/dicembre 2021). Infatti, con specifiche note indirizzate ai Dirigenti delle varie strutture, contenenti l'elenco delle misure da applicare, è stato chiesto di rendicontare in ordine all'attuazione delle stesse e, in caso negativo, le motivazioni della mancata attuazione. La maggior parte delle strutture ha comunicato di avere attuato le misure indicate nel PTPCT, alcune hanno risposto dopo solleciti ad adempiere da parte del RPCT.

Il monitoraggio del PTPCT, è stato effettuato, pertanto, sia sulla base di un sistema di reportistica, mediante acquisizione di relazioni semestrali e annuali 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 specifici annuali sulla corretta applicazione delle misure, con verifiche dirette che hanno consentito più facilmente la raccolta di informazioni, evidenze e documenti necessari per il monitoraggio di secondo livello. Tali confronti sono risultati utili per comprendere meglio lo stato di attuazione delle misure e per riscontrare eventuali criticità, cioè per verificare le attività delle singole U.O. e se quanto previsto nel PTPCT è stato attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi. Il fine è stato quello di ricercare le evidenze oggettive della effettiva applicazione delle misure, attraverso un dialogo con le U.O. risultate a rischio alto-medio/ alto, avviando così un processo documentato di miglioramento continuo che costituisce l'elemento azione/correzione del PTPCT. In data 15.12.2021 si è conclusa positivamente la procedura dell'Audit e l' esito delle verifiche effettuate è stato trasmesso alla Direzione Generale e all'OIV con apposita relazione.

Nel corso degli anni 2022-2024, 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.

14.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 ultimo dal D.P.R. n. 62 del 16.04.2013, che all'art.15, comma 3, 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.

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. La sua adozione rappresenta una delle misure principali di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione perseguita attraverso i doveri soggettivi di comportamento dei dipendenti, per tale finalità si può affermare che il codice costituisce elemento complementare del PTPCT di ogni amministrazione.

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti con delibera n. 1370 del 24/09/2013, ha provveduto a ristrutturare e ricostituire l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD) e ha ritenuto opportuno e necessario doversi dotare di più aggiornati documenti distinti per il personale del Comparto e della Dirigenza, adottando due codici disciplinari e di comportamento per le suddette aree, redatti ed aggiornati in attuazione di quanto disposto dalla normativa vigente del settore 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.

Con deliberazione n. 326 del 19.12.2019, è stato adottato un nuovo codice disciplinare e di comportamento valido per il personale del Comparto della ASL Lanciano- Vasto- Chieti nel testo aggiornato con le novelle legislative di cui al D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75 e del CCNL del personale del Comparto del SSN del 21.05.2018 e con deliberazione n.674 del 27.8.2020 è stato adottato un nuovo codice disciplinare e di comportamento valido per il personale della Dirigenza Medica, Sanitaria, Veterinaria e delle Professioni Sanitarie, redatto in modo coordinato ed integrato alla luce delle novelle legislative e contrattuali di cui al D.Lgs. 20 giugno 2016, n. 116, al D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75 ed al CCNL 2016-2018 della Dirigenza Medica, Sanitaria, Veterinaria e delle Professioni Sanitarie, al fine di dotarsi di un più aggiornato documento riguardo al suddetto personale.

A tal riguardo, 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 dai regolamenti aziendali.

15.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 Dirigente/funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo relazionandosi sempre con i medesimi utenti.

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, 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, infatti, 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 e, pertanto, non va applicata acriticamente ed in modo generalizzato a tutte le posizioni lavorative.

Infatti, nella ASL, 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. Inoltre, per alcune competenze tecniche specifiche come ad esempio, Servizio Tecnico, Ingegneria Clinica, Fisica Sanitaria, Informatica e Reti ecc., le figure in grado di svolgere questi compiti sono in numero molto limitato all'interno dell'Azienda.

E' necessario, dunque, tener conto dei profili giuridico-amministrativi e dei requisiti tecnici richiesti dai singoli settori di assegnazione e trovare una soluzione organizzativa efficace ed impostare i necessari percorsi.

Al fine di garantire che la rotazione non comprometta il funzionamento degli uffici ed il patrimonio di abilità presenti, bisogna 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. E' possibile anche lo svolgimento di formazione ad hoc, con attività preparatoria di affiancamento per il dirigente neo-incaricato e per i collaboratori addetti, affinchè acquisiscano le conoscenze e la perizia necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata a rischio.

Qualora non sia possibile applicare la misura (per carenza di personale, o per professionalità con elevato contenuto tecnico) è necessario fare ricorso a misure alternative, che possono avere effetti analoghi, come ad esempio: la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività; l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

Pertanto, nel corso di validità del presente Piano, si potrà ricorrere, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle UU.OO. e salvaguardando, in ogni caso, le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari, a misure alternative alla rotazione quale la "segregazione di funzioni".

Tale misura può essere attuata nei processi costituiti da più fasi come ad esempio nel settore degli acquisti, distinguendo le fasi di programmazione e quella di esecuzione dei contratti, in modo da favorire il controllo reciproco del personale interessato.

Il dirigente della UO ad alto rischio, potrà proporre modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio servizio con meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali, affiancando al funzionario istruttore un altro funzionario.

Nel caso di impossibilità ad applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale a causa di motivati fattori organizzativi, si potrà applicare la misura al personale non dirigenziale, con riguardo innanzitutto ai responsabili del procedimento. Infatti al fine di evitare che lo stesso soggetto possa compiere errori o assumere comportamenti non conformi alle norme senza che questi vengano scoperti, si potrà attuare l'articolazione dei compiti e delle funzioni in modo tale da evitare la concentrazione di più mansioni e responsabilità in capo ad un unico soggetto in modo che le varie fasi procedimentali siano curate da più persone, la responsabilità del procedimento assegnarla ad un soggetto diverso dal dirigente, al quale compete l'adozione del provvedimento finale.

Pertanto, i Responsabili delle articolazioni aziendali, sono tenuti a programmare la rotazione del personale assegnato alla propria UO, tenendo conto della qualifica e del profilo professionale e trasmettere al RPCT una relazione in merito all'attuazione della presente misura, specificando le eventuali ragioni che ostano alla sua applicazione e le misure alternative adottate.

Vi è da dire che La ASL è stata interessata, nel corso del 2021 sia da una riorganizzazione a livello apicale in quanto è cambiata la composizione della Direzione Generale con la nomina di un nuovo Direttore Amministrativo Aziendale, sia a livello dirigenziale in quanto si è provveduto a riformare l'assetto organizzativo dell'Area professionale, Tecnica ed Amministrativa e le Funzioni di Staff che ha determinato la rotazione di alcuni Dirigenti, nell'ambito dei Dipartimenti Amministrativo, Tecnico e in Staff alla Direzione ed un avvicendamento di dirigenti derivante dalla costituzione di nuove Unità Operative. Inoltre il pensionamento di alcuni Dirigenti ai vertici di UOC, ha favorito il ricambio di personale che ricopre incarichi di responsabilità.

Nell'ambito, poi, di svariate UO (SPSAL, VAPS, IAPZ, SIAN, IPM, Acquisizione beni e Servizi...), in base alle proprie specificità, è stato già intrapreso un percorso gestionale ed organizzativo che ha portato ad una rotazione interna dei compiti, nonché ad una reale interscambiabilità di funzioni tra i diversi dipendenti dell'ufficio.

Considerato l'impatto che la rotazione ha sull'intera struttura organizzativa, è opportuno programmarla con gradualità per limitare l'eventuale rallentamento delle attività.

La Rotazione Straordinaria, da applicarsi successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi, è disciplinata nel d.lgs. 165/2001, art. 16, co. 1, lett. l-quater, secondo cui «I dirigenti di uffici dirigenziali generali 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», ne deriva l'obbligo per l'Ente di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, ad altro servizio.

Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere cautelare, tesa a garantire che nella UO dove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare vengano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

Secondo l'Autorità l'istituto trova applicazione riguardo a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'amministrazione: dipendenti e dirigenti, interni ed esterni, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato, ritenendo che l' elencazione dei reati (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale), di cui all'art. 7 della legge n. 69 del 2015, per *"fatti di corruzione"* possa essere adottata anche ai fini della individuazione delle *"condotte di natura corruttiva"* che impongono la misura della rotazione straordinaria ai sensi dell'art.16, co. 1, lettera l-quater, del d.lgs.165 del 2001". Per i suddetti reati previsti dal codice penale è da ritenersi obbligatoria adottare un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta "corruttiva" del dipendente ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria.

16. 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".

Pertanto, i dipendenti della ASL 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.

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 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.

Sono state aggiunte specifiche disposizioni in materia di conflitto di interesse nel d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, recante il codice dei contratti pubblici. L'ipotesi del conflitto di interessi è stata descritta avendo riguardo alla necessità di assicurare l'indipendenza e la imparzialità nell'intera procedura relativa al contratto pubblico. La fattispecie si realizza quando il personale di una stazione appaltante o un prestatore di servizi che intervenga

nella procedura con possibilità di influenzarne in qualsiasi modo il risultato, abbia direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può minare la sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione del contratto.

In particolare, il comma 2 dell'art. 14 dispone l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità.

Attraverso adeguati percorsi formativi, la ASL si è impegnata a dare conoscenza a tutto il personale dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, dei comportamenti da seguire e delle conseguenze che scaturiscono dalla violazione della normativa. Inoltre, nel corso del 2022 la ASL proseguirà con le seguenti attività : acquisizione e conservazione delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a RUP ; predisposizione di appositi moduli ; Formazione e sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto in materia dalla l. 241 /1990 e dal codice di comportamento.

La ASL nel 2018 aveva introdotto la dichiarazione di pubblico interesse, comunicando ai Direttori/Dirigenti di UOC e UOSD di provvedere alla compilazione on-line della dichiarazione stessa, resa disponibile da AGENAS, collegandosi al relativo sito.

Ad oggi, secondo quanto riportato da AGENAS sul proprio sito, dal 1 gennaio 2021 la compilazione delle dichiarazioni è sospesa.

17. 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.

Il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza all'art. 18 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Al riguardo, ai sensi del menzionato art.18, questa ASL provvede a pubblicare i dati su Amministrazione trasparente nella sezione Personale, sottosezione di secondo livello "Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)" in modo che tutti possano controllare detti incarichi. La pubblicazione aggiunge, dunque, maggiore efficacia alla misura generale prevedendo un controllo da parte anche di soggetti esterni.

Riguardo alla procedura relativa al rilascio delle autorizzazioni e/o conferimenti degli incarichi extraistituzionali ai dipendenti, per quel che concerne la ASL, è stata predisposta una bozza di regolamento inerente i criteri di conferimento e di autorizzazione che verrà adottato nel corso del 2022.

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

Il d.lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato:

particolari ipotesi di inconferibilità 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 inconferibilità 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 precostituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari 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", ha chiarito l'ambito e i limiti di applicabilità delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità, precisando espressamente che "le ipotesi di inconferibilità 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.

L'ASL provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dalla legge agli incarichi dalla stessa conferiti di Direttore Amministrativo e di Direttore Sanitario, atteso che l'incarico di Direttore Generale viene conferito dall'amministrazione regionale e, dunque, sia il conferimento dell'incarico che i provvedimenti conseguenti sono di competenza della Regione Abruzzo.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione resa dall'interessato che deve essere pubblicata sul sito dell'Azienda e acquisita tempestivamente, per le dovute verifiche ai fini del conferimento dell'incarico. La ASL provvede alla pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013. A tal fine, la UOC Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane è tenuta ad assicurare che i soggetti interessati rendano le dichiarazioni di cui sopra, con cadenza annuale.

19. 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.

Tale divieto si applica non solo ai dipendenti con contratto a tempo indeterminato ma anche ai soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo; si applica non solo al soggetto che ha firmato l'atto ma anche a coloro che hanno partecipato al procedimento. Rientrano, pertanto, in tale ambito, ad esempio, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente, ma anche "il dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione".

I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico, 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 dovrà 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. Inoltre, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, far sottoscrivere una dichiarazione con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.
- I Direttori delle UU.OO. che provvedono all'acquisizione di beni servizi e forniture della ASL Lanciano Vasto Chieti sono tenuti 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. 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.

20. 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.

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

Pertanto, I Direttori delle UU.OO. che provvedono all'acquisizione di lavori 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; 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.

In fase di monitoraggio, il RPTC chiederà report periodici circa l'acquisizione e il controllo delle dichiarazioni rese dai soggetti interessati.

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.

21. TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO

Le nuove norme (legge n.179/2017) modificano l'articolo 54 bis del Testo Unico del Pubblico Impiego stabilendo che il dipendente che segnala al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ente o all'Autorità nazionale anticorruzione o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile, le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, non può essere, per motivi collegati alla segnalazione, sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altre misure organizzative che abbiano effetti negativi sulle condizioni di lavoro. L'adozione di misure ritenute ritorsive è comunicata all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. La disciplina si applica anche ai lavoratori e ai collaboratori delle aziende che hanno ricevuto appalti dalla P.A.

Non potrà, per nessun motivo, essere rivelata l'identità del segnalante e, nell'ambito del procedimento penale, la segnalazione sarà coperta nei modi e nei termini di cui all'articolo 329 del codice di procedura penale. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

La nuova disciplina prevede che il dipendente sia reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi. L'onere di provare che le misure discriminatorie o ritorsive adottate nei confronti del segnalante sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione, sarà a carico dell'amministrazione.

L'ANAC, a cui l'interessato o i sindacati comunicano eventuali atti discriminatori, applica all'ente, se responsabile, una sanzione pecuniaria amministrativa da 5.000 a 30.000 euro, inoltre, l'Anac applica la sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro a carico del responsabile che non effettua le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute.

Sempre secondo quanto previsto dalla nuova normativa, il dipendente che denuncia atti discriminatori non avrà diritto alla tutela nel caso di condanna del segnalante in sede penale per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata la sua responsabilità civile per lo stesso titolo , nei casi di dolo o colpa grave.

La A.S.L. Lanciano-Vasto-Chieti ha attivato un canale informatico di whistleblowing, uno strumento legale a disposizione del lavoratore per segnalare eventuali condotte illecite o comunque contrastanti con un interesse pubblico di cui sia venuto direttamente a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

La disciplina del whistleblowing si applica oltre che ai dipendenti pubblici, anche ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica, nel rispetto delle garanzie di riservatezza e di tutela previste dalla normativa vigente. La piattaforma informatica è presente nel sito web istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione" e per inviare una segnalazione il link di riferimento è: http://whistleblowing.asl2abruzzo.intra

Inoltre, questa ASL utilizza un canale differenziato e riservato con un indirizzo di posta elettronica dedicato anticorruzione@asl2abruzzo.it, gestito solo dal RPCT e reso pubblico sul sito istituzionale. Ciò posto, il dipendente che segnala illeciti dovrà utilizzare il modello che ANAC aveva già predisposto 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 personale".

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, verificata l'ammissibilità, 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 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.

Le segnalazioni vengono 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.

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.

Nel corso del 2021 è pervenuta una segnalazione anonima attraverso il canale informatico di whistleblowing.

22.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.

Il 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 utile per prevenire e contrastare la corruzione.

E' opportuno che i Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali, al fine di assicurare la più ampia divulgazione delle suddette tematiche, oltre a sensibilizzare il proprio personale sul partecipare ai corsi che l'Azienda organizza, effettuino presso le rispettive Unità Operative degli incontri formativi brevi nel corso dei quali gli operatori che hanno partecipato ai programmi di formazione aziendali, espongano le indicazioni essenziali apprese, assicurando così, la più ampia divulgazione dei temi relativi alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

Il Responsabile anticorruzione ha elaborato, per il 2021, un cronoprogramma con le indicazioni sui contenuti dei percorsi formativi da intraprendere, 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, definendo percorsi e iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono.

Infatti, nel corso del 2021, come per gli anni precedenti, sono stati erogati 3 corsi online: uno, di livello specifico, tipo webinar, destinato al RPCT, ai Referenti Anticorruzione e trasparenza, ai Direttori dell'area sanitaria e non delle UO mappate e ai funzionari addetti alle aree a rischio; un corso on line destinato ai dirigenti dell'area sanitaria e non; un corso on line rivolto a tutto il personale del comparto sanitario e non, coinvolgendo, in tal modo, tutti i dipendenti. Pertanto, la formazione è stata di notevole importanza in quanto, considerata la complessità organizzativa aziendale e l'elevato numero di dipendenti, con essa il personale di ogni ordine e grado è venuto a conoscenza della normativa sui temi dell'etica pubblica e della legalità, ma anche del Piano anticorruzione aziendale con la disamina di casi concreti calati nel contesto della sanità.

La predisposizione dei contenuti del piano di formazione del personale rientra nella competenza del RPCT, d'intesa col Direttore dell'Ufficio Formazione.

Per una formazione continua, capillare e diffusa del personale interessato, è necessario prevedere che si svolga, di norma, in house, qualora possibile, o in via telematica con cadenza annuale.

Per il 2022, 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.

23.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.

Infatti, è un accordo tra l'Amministrazione e i partecipanti alle procedure di gara, che si fonda sui principi sopra riportati che va considerato come 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, questa ASL 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 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 i concreti sviluppi della normativa in materia di centrale unica di committenza regionale.

24. 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 2022, così come avvenuto nel 2021, 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.

Infatti, attraverso i comunicati stampa è stata data ampia diffusione a nuovi servizi, prestazioni a elevato contenuto tecnologico, tecniche d'avanguardia, nuovi modelli organizzativi, attività gestionali riferite soprattutto alla vita economica dell'Azienda, campagne di prevenzione, educazione ai corretti stili di vita.

In alcune circostanze, in virtù dell'importanza e conseguente rilevanza di un argomento, sono state indette conferenze stampa che hanno consentito un maggiore approfondimento delle tematiche. Inoltre, viene realizzata la rassegna stampa quotidiana e messa a disposizione via Internet di tutti i dipendenti della Asl, in un'area appositamente riservata. L'utilizzo dei canali tradizionali è stato poi affiancato dalla Web Tv aziendale, un canale Youtube accessibile dal sito dove sono stati postati i servizi realizzati, per dare più forza e ancora maggiore visibilità (anche sotto il profilo della comunicazione interna) alle iniziative di maggiore rilievo intraprese dall'Azienda.

Anche le campagne di comunicazione sono state seguite con particolare attenzione, nell'obiettivo di veicolare contenuti di prevenzione ed educazione alla salute in modo incisivo. In particolare a causa della pandemia Covid-19 sul sito istituzionale, nonché attraverso altri canali, sono state e vengono tutt'ora date numerose e svariate informazioni: dalle misure di contenimento, alle notizie sulla rapida diffusione dei focolai epidemici, sulla riorganizzazione delle Strutture Sanitarie, resa necessaria, in contesti emergenziali, al potenziamento delle dotazioni delle Strutture stesse, ai centri vaccinali...

Inoltre, si prevede 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, anche con il coinvolgimento dell'URP che rappresenta la prima interfaccia con la cittadinanza.

25. MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI

Altra misura generale è il monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti, previsto dall'art. 1, comma 9,lett. d) della legge 190/2012, al fine di rilevare eventuali omissioni o ritardi , adottando le azioni necessarie per eliminare le anomalie riscontrate.

Pertanto, i Responsabili delle strutture 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 diposizione della ASL. Al fine di agevolare il lavoro delle UO, il RPCT ha predisposto un' apposita scheda di rilevazione.

26. SOCIETA' PARTECIPATA

Con determinazione 1134/2017 dell'8 novembre 2017, l'Anac ha approvato in via definitiva le "nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici".

Per quanto riguarda le società solo partecipate viene stabilita una disciplina meno stringente, infatti le Linee guida indicano opportunamente che queste società non sono prese in considerazione dal legislatore ai fini dell'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione, ma solo l'adempimento, in quanto compatibile, degli obblighi di trasparenza relativamente alle attività di pubblico interesse.

Pertanto, questa ASL, come amministrazione partecipante, ha dato attuazione a quanto previsto nella normativa (art. 22 d. lgs. 33/2013), rinviando al sito della società per le ulteriori informazioni che questi sono tenuti direttamente a pubblicare provvedendo a controllare la società partecipata sulla pubblicazione/aggiornamento dei dati.

SEZIONE II

La Trasparenza

PREMESSA

Il d.lgs. 97/2016 ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, una delle principali novità introdotte è stata la piena integrazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, ora Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT). L'obiettivo perseguito è stato quello di semplificare le attività delle amministrazioni nella materia, individuando le modalità di attuazione della trasparenza che non sono più oggetto di un separato atto, ma parte integrante del PTPC come "apposita sezione".

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.

la ASL ha provveduto ad aggiornare la sezione "Amministrazione Trasparente" secondo le Linee guida ANAC che hanno fornito una mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, predisposta in sostituzione dell'allegato 1 della delibera n. 50/ 2013, con l'intento di 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, attraverso la pubblicazione on-line dei dati.

L'impegno della ASL 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.

1. I DATI - TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI

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 e delle Linee Guida in materia di trattamento di dati personali, adottate dal Garante della Privacy con delibera n°243 del 15 maggio 2014.

E' necessario, pertanto, un bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, avvalendosi del criterio

della proporzionalità, cioè bisogna rispettare i criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali.

Nella ASL vi è un unico Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) che dovrà pertanto occuparsi di svolgere la regia complessiva della predisposizione del Piano.

La pubblicazione dei dati viene, infatti, coordinata dal RPCT, Dott.ssa Giustinantonia Chieffo, 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, (accessibilità e usabilità), assistendo 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 di consultazione.

In attuazione di quanto sopra, è stata attivata sul sito web aziendale, www.asl2abruzzo.it, e pubblicata in Home page, l'apposita sezione denominata " Amministrazione Trasparente".

L'allegato alle Linee guida Anac 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 sezione "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.

2. GLI OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Le iniziative strategiche da porre in essere per raggiungere gli obiettivi in materia di trasparenza sono quelle indicate al paragrafo 3 della parte prima del presente Piano, altri interventi saranno:

- prevedere fasi di controllo attraverso monitoraggi e rendicontazioni in tema di trasparenza.
- Implementazione nella promozione della cultura della trasparenza all'interno della ASL e verso i cittadini e stakeholders anche mediante la diffusione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato;
- Pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli da pubblicare obbligatoriamente ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i.;

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, per garantire la giusta comunicazione ed informazione agli utenti .

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, al fine di instaurare una più consapevole partecipazione della collettività e di migliorare la qualità dei servizi offerti.

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 sia agli obblighi di pubblicazione cui ciascun dirigente è tenuto secondo il presente piano, sia riguardo all'aggiornamento sul sito aziendale delle informazioni relative alle UO sanitarie, mediante la compilazione di apposito format predisposto dall'Azienda, in modo 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. IL COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

Il coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni è considerato di grande importanza sia per l'attività di prevenzione della corruzione che per l'attuazione degli obblighi in materia di trasparenza, soprattutto per il contributo che può apportare.

Questa Azienda, al fine di rendere possibile un ascolto ed una partecipazione attiva degli stakeholder interni (es. dipendenti) ed esterni (es. Associazioni di Volontariato), si è costantemente impegnata ed è sua intenzione continuare a coinvolgere gli stakeholder per una corretta individuazione degli obiettivi strategici ed una adeguata partecipazione dei cittadini, anche attraverso le seguenti modalità quali ad esempio:

- l'URP, non solo per inoltrare e dare seguito alle segnalazioni pervenute su eventuali disservizi, ma anche per avere informazioni su come accedere ai servizi e su come fruire al meglio delle prestazioni;
- l'Ufficio Stampa della ASL che è invece il canale preferenziale sia per la comunicazione interna che esterna;
- tenere conto dei feedback ricevuti nella giornata della Trasparenza.

Infatti, si prevede di promuovere 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.

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.

5. 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, sono stati e 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 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, migliorando non solo le informazioni di effettivo interesse, ma anche la qualità dei servizi resi all'utenza.

Nel corso del 2021, con nota del 29.11.2021, è stato comunicato alle Associazioni di volontariato del territorio che, a causa del perdurare della situazione pandemica di emergenza sanitaria, si era costretti a saltare l'annuale appuntamento in presenza, invitando nel contempo le Associazioni a far pervenire eventuali contributi, per essere vagliati in quanto utili all'aggiornamento del Piano.

A beneficio degli stakeholder interni, il RPCT provvede alla pubblicazione e alla diffusione del presente Piano, comunicando la sua adozione a tutte le strutture aziendali, mentre per gli utenti viene messo a disposizione presso i vari front- office dell'URP.

6. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

I Dirigenti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati - I flussi informativi

Un ruolo fondamentale riguardo all'applicazione dei contenuti della normativa vigente è quello svolto dalle UU.OO. della ASL i cui Dirigenti devono assolvere all'obbligo di pubblicità in qualità di fonte di produzione del documento.

Pertanto, i Direttori/Dirigenti delle UU.OO. coinvolte nel 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 PTPCT riporta, in apposito Schema, allegato 3 al presente Piano, i Responsabili della individuazione e/o elaborazione, trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei documenti, delle informazioni e dei dati, ai sensi del menzionato d.lgs. , in quanto 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.

Al Direttore responsabile della UO interessata spetta la piena ed esclusiva responsabilità oltre che della avvenuta pubblicazione dei dati/informazioni, anche della loro completezza, tempestività, integrità, qualità e fruibilità, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Pertanto, 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.

Alla corretta attuazione del PTPCT riguardo agli obblighi di pubblicazione, concorrono oltre al RPCT, tutti gli Uffici dell'Amministrazione, sia centrali che periferici ed 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; supporta e monitora l'attività delle UU.OO. aziendali nella realizzazione delle diverse azioni previste, coordinando e organizzando lavori in forma congiunta tra le strutture coinvolte onde assicurare la realizzazione di quanto previsto nel Piano.

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 sarà monitorato con cadenza semestrale.

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

7. SISTEMA DI MONITORAGGIO

Le UU.OO. competenti dovranno procedere alla verifica e all'aggiornamento di quanto pubblicato sulla pagina" Amministrazione Trasparente". A tale scopo, è stato costantemente rinnovato ai Dirigenti il ruolo fondamentale che essi rivestono e che, considerato che la ASL deve procedere in un percorso di miglioramento continuo delle attività delle strutture coinvolte, è opportuno e necessario che le stesse, con il supporto dei Referenti nominati, provvedano ad effettuare monitoraggi con cadenza semestrale, da trasmettere al RPCT, 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 dell'OIV.

Anche il RPCT, coadiuvato dai Referenti attiverà, 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 all'OIV.

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 ne terrà conto per la redazione della propria relazione annuale che verrà trasmessa ai componenti dell'OIV.

L'OIV 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 l'OIV effettua con il supporto del RPCT, confluiscono nella relazione annuale che deve presentare all'ANAC e agli organi politico amministrativi dell'azienda. Infatti, l'Autorità individua annualmente gli obblighi di pubblicazione oggetto di attestazione e fornisce indicazioni agli OIV sulla loro predisposizione. Le attestazioni devono essere poi pubblicate nella sezione «Amministrazione trasparente» entro il termine fissato.

8. 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 nel 2021 hanno visitato la sezione "Amministrazione Trasparente", sono stati 100.375 con 70.918 pagine uniche visualizzate e dall'applicativo software Google Analytics è stato possibile monitorare il flusso dei visitatori con il periodo e durata della visita delle varie pagine.

9. 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, quella dell'"**accesso civico generalizzato**", equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita *Freedom of information act* (Foia). Questa nuova forma di accesso 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.

L'accesso civico semplice, già introdotto dal D.Lgs. n. 33/2013 si sostanzia, invece, nel diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati di cui la P.A. ha omesso la pubblicazione, nei casi in cui vi è obbligata. Pertanto, il diritto di accesso non è totalmente libero, ma lo si può esercitare solo a seguito del mancato rispetto da parte della P.A. del relativo obbligo di pubblicazione.

Da rilevare che l'accesso generalizzato 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, la ASL ha provveduto ad adottare le misure per assicurarne l'efficacia pubblicando, nella sezione Amministrazione Trasparente, tutte le informazioni utili relative alle modalità di esercizio del diritto in questione, corredato di apposita modulistica appositamente predisposta per inoltrare la richiesta. Inoltre, è stato istituito il "registro degli accessi" così definito dalla delibera ANAC n.1309 del 28.12.2016, pubblicato in Amministrazione Trasparente, con lo scopo di consentire il monitoraggio delle richieste presentate per tutte le tipologie di

accesso: "accesso documentale" ex l. 241/90 e s.m.i., "accesso civico semplice" ex art. 5, c.1, "accesso civico generalizzato" ex art. 5-c.2 d. lgs. 33/2013 e s.m.i..

10.DATI ULTERIORI

La ASL 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 l'ente 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.
Al riguardo, si è ritenuto utile pubblicare, nella sezione "altri contenuti- dati ulteriori", dei report contenenti le UO con il rispettivo numero di reclami pervenuti durante l'anno.
Nel corso del triennio, sia per rafforzare l'esigenza di trasparenza, sia a seguito di richieste da parte degli stakeholder, potranno essere pubblicati 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.

11. 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; va pubblicato sul sito istituzionale, sezione "Amministrazione trasparente/Altri contenuti Corruzione".

12. 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.
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, sia a seguito di nuovi indirizzi da parte del Legislatore o dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
Disposizioni generali	**Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza**	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (*link* alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	Annuale
	Atti generali	Riferimenti normativi su organizzazione e attività Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi con i relativi *link* alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni		RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Atti amministrativi generali Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse		RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Documenti di programmazione strategico-gestionale Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE - RESPONSABILE UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Codice disciplinare e codice di condotta Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento		RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI	Tempestivo
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Scadenzario obblighi amministrativi Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013		OBBLIGO NON DI COMPETENZA	
Organizzazione	**Articolazione degli uffici**	Articolazione degli uffici Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici		RESPONSABILE UOSD SISTEMA INFORMAZIONE COMUNICAZIONE E MARKETING	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Organigramma Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma) Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche		RESPONSABILE UOSD SISTEMA INFORMAZIONE COMUNICAZIONE E MARKETING	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici		RESPONSABILE UOSD SISTEMA INFORMAZIONE COMUNICAZIONE E MARKETING	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Telefono e posta elettronica	Telefono e posta elettronica Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali		RESPONSABILE UOSD SISTEMA INFORMAZIONE COMUNICAZIONE E MARKETING	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
Consulenti e collaboratori	**Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza**	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILI : UOC RISORSE UMANE - UOC INV.PATR.MANUTENZ. - UOC A.B.S.,UOSD UFFICIO LEGALE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Per ciascun titolare di incarico:			
			1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILI:UOC RISORSE UMANE UOC IPM UOC A.B.S. UOSD UFFICIO LEGALE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILI: UOC RISORSE UMANE RESPONSABILE UOC IPM UOC A.B.S. UOSD UFFICIO LEGALE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		UOC RISORSE UMANE UOC IPM UOC A.B.S. UOSD UFFICIO LEGALE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)Art. 15, c.2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		RESPONSABILI:UOC RISORSE UMANE UOC IPM UOC A.B.S. UOSD UFFICIO LEGALE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		RESPONSABILE:-UOC RISORSE UMANE UOC IPM UOC A.B.S. UOSD UFFICIO LEGALE	Tempestivo

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	**Per ciascun titolare di incarico:**			
			Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOSD SISTEMA INFORMAZIONE COMUNICAZIONE E MARKETING	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato) Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOSD SISTEMA INFORMAZIONE COMUNICAZIONE E MARKETING	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOSD SISTEMA INFORMAZIONE COMUNICAZIONE E MARKETING	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Obbligo sospeso fino al 31/12/2020 (D.Lgs. 162 del 30.12 2019)	RESPONSABILE UOSD SISTEMA INFORMAZIONE COMUNICAZIONE E MARKETING	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del
			2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Obbligo sospeso fino al 31/12/2020 (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)		Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
			3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	Obbligo sospeso fino al 31/12/2020 (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)	RESPONSABILE UOSD SISTEMA INFORMAZIONE COMUNICAZIONE E MARKETING	Annuale
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
Personale			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		RESPONSABILE UOSD SISTEMA INFORMAZIONE COMUNICAZIONE E MARKETING	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
			Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013			Annuale (non oltre il 30 marzo)
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) (2)	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	**Per ciascun titolare di incarico:**			
			Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato) Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Obbligo sospeso fino al 31/12/2020 (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)	RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
			2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Obbligo sospeso fino al 31/12/2020 (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)	RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
			3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	Obbligo sospeso fino al 31/12/2020 (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)	RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Annuale

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
Personale			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Non pertinente	RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Non pertinente	RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
			Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Annuale (non oltre il 30 marzo)
		Posti di funzione disponibili Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo
		Ruolo dirigenti Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dei dirigenti		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Annuale
	Dirigenti cessati	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Nessuno
			Curriculum vitae Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Nessuno
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Nessuno
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Nessuno
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Nessuno
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Nessuno
			1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichairazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Obbligo sospeso fino al 31/12/2020 (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)	RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Nessuno
			3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	Obbligo sospeso fino al 31/12/2020 (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)	RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
Personale	**Sanzioni per mancata comunicazione dei dati**	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assuzione della carica		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Posizioni organizzative	Posizioni organizzative Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dotazione organica	Conto annuale del personale Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Costo personale tempo indeterminato Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Personale non a tempo indeterminato	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle) Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle) Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Tassi di assenza	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle) Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle) Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione collettiva	Contrattazione collettiva Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione integrativa	Contratti integrativi Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)		RESPONSABILI: UOC RISORSE UMANE UOC GOVE.ASS.SAN.BASE E.SPEC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Costi contratti integrativi Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4,d.lgs. n. 150/2009	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica		RESPONSABILI: UOC RISORSE UMANE UOC G.A.S.B.E.S.	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
	OIV	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Curricula Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Compensi Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Bandi di concorso		Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle) Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Performance	**Sistema di misurazione e valutazione della Performance**	Sistema di misurazione e valutazione della Performance Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)		RESPONSABILE UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Tempestivo
	Piano della Performance	Piano della Performance Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle) Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Ammontare dei premi effettivamente distribuiti			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati relativi ai premi	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle) Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Enti controllati	**Enti pubblici vigilati**	Art.22, c.1, lettera a) c.2 e c.3, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati		LA ASL NON HA POSIZIONE DI CONTROLLO IN ENTI PUBBLICI	
	Società partecipate		Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)		RESPONSABILE UOC	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Per ciascuna delle società:			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
Enti controllati		Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle) Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	1) ragione sociale		BILANCIO E CONTABILITA'	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			3) durata dell'impegno			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Società partecipate		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo		RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente) Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*link* al sito dell'ente) Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
			Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Enti di diritto privato controllati	Art.22, c.1, lettera c) c.2 e c.3, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati		LA ASL NON HA POSIZIONE DI CONTROLLO IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO	
	Rappresentazione grafica	Rappresentazione grafica Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati		RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
Attività e procedimenti	**Tipologie di procedimento**	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	**Per ciascuna tipologia di procedimento:**			
			1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Attività e procedimenti			8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			9) *link* di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Per i procedimenti ad istanza di parte:			
			1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
			2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		UU.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti dell'ufficio responsabile Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive		RESPONSABILE UOSD S.I.C.M.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Provvedimenti	**Provvedimenti organi di indirizzo politico**	Provvedimenti organi di indirizzo politico Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.		RESPONSABILI :UOC AFFARI GENERALI ,GESTIONE DOCUMENTALE E CONVENZIONI	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Provvedimenti dirigenti amministrativi Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.		RESPONSABILI UOC/UOSD AZIENDALI	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG) Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		RESPONSABILI :UOC. A.B.S.,.UOC I.P.M.	Tempestivo
			Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016			Tempestivo
			Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate) Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016			Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)
		Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali			Tempestivo
			Per ciascuna procedura:			

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
			Avvisi di preinformazione - **Avvisi di preinformazione** (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016) Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Tempestivo
			Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure) Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Tempestivo
Bandi di gara e contratti	**Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura**	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'mabito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	**Avvisi e bandi** - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016) Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		RESPONSABILI: UOC A.B.S., UOC I.P.M.	Tempestivo
			Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Tempestivo
			Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016) Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Tempestivo
			Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016) Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Tempestivo

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
Bandi di gara e contratti			**Informazioni ulteriori** - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Tempestivo
		Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali. Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimenti di esclusione e di amminssione (entro 2 giorni dalla loro adozione)			Tempestivo
		Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti. Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.			Tempestivo
		Contratti Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti			Tempestivo
		Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione			Tempestivo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	**Criteri e modalità**	Criteri e modalità Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati		RESPONSABILE UOC G.A.S.B.E.S.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC G.A.S.B.E.S.	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			Per ciascun atto:			

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	**Atti di concessione**	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC G.A.S.B.E.S.	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			2) importo del vantaggio economico corrisposto Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			3) norma o titolo a base dell'attribuzione Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013			Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013			Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			6) *link* al progetto selezionato Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013			Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato Art. 27, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013			Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC G.A.S.B.E.S.	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
Bilanci	**Bilancio preventivo e consuntivo**	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011		RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
Bilanci		Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011		RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione		RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Beni immobili e gestione patrimonio	**Patrimonio immobiliare**	Patrimonio immobiliare Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti		RESPONSABILE UOC INV.PATR.MANUT.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o affitto Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti		RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Controlli e rilievi sull'amministrazione	**Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe**	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione		RPCT	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
			Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)		RESPONSABILE UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Tempestivo
			Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)			Tempestivo
			Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio		RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Corte dei conti	Rilievi Corte dei conti Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici		RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI SEGRETERIA D.G.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi e standard di qualità Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici		RESPONSABILE UOSD S.I.C.M.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Class action	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		RESPONSABILE UOSD UFFICIO LEGALE	Tempestivo
			Sentenza di definizione del giudizio Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009			Tempestivo
			Misure adottate in ottemperanza alla sentenza Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009			Tempestivo
Servizi erogati	Costi contabilizzati	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle) Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo		RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA' RESPONSABILE GOVERNO LISTE DI ATTESA	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	Liste di attesa	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle) Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata		RESPONSABILE UOC GOVERNO LISTE DI ATTESA	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Servizi in rete	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.		RESPONSABILE UOC INFORMATICA E RETI	Tempestivo
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle) Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari		RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore di tempestività dei pagamenti Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)		RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti		RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Ammontare complessivo dei debiti Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici		RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
	IBAN e pagamenti informatici	IBAN e pagamenti informatici Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento		RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Opere pubbliche	**Atti di programmazione delle opere pubbliche**	Atti di programmazione delle opere pubbliche Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)		RESPONSABILE UOC INV.PATR.MANUT.	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione) Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate		RESPONSABILE UOC INV.PATR.MANUT.	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate			Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Pianificazione e governo del territorio		Art.39 d.lgs. 33/2013	OBBLIGO NON DI COMPETENZA			
Informazioni ambientali		Art. 40 c.2 d. lgs.33/2013	OBBLIGO NON DI COMPETENZA			
Strutture sanitarie private accreditate		Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle) Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate		RESPONSABILE UOC GOVERNO ACCORDI CONTR.EROGATORI PRIVATI	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate		RESPONSABILE UOC GOVERNO ACCORDI CONTR.EROGATORI PRIVATI	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		OBBLIGO NON DI COMPETENZA	
			Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			
			Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	Annuale
		Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza			Tempestivo
		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)			Tempestivo
		Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)			Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
Altri contenuti		Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione			Tempestivo
		Atti di accertamento delle violazioni Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI	Tempestivo
Altri contenuti	Accesso civico	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Tempestivo
		Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		RESPONSABILE UOSD S.I.C.M.	Tempestivo
		Registro degli accessi Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Semestrale

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo (1)**	**Note**	**Responsabile obblighi di pubblicazione**	**Aggiornamento**
Altri contenuti	**Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati**	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID		RESPONSABILE UOC INFORMATICA E RETI	Tempestivo
		Regolamenti Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria			Annuale
		Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.) Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione			Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)
Altri contenuti	**Dati ulteriori**	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013) Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate		RESPONSABILE UOSD S.I.C.M.	....
		Reclami	Report sui reclami pervenuti			Semestrale

NOTE:1) Riguardo al contenuto di ogni singolo obbligo si fa riferimento all'allegato n°1 alla delibera ANAC 1310 del 28.12.2016

Allegato n°2 **Tabella riepilogativa delle misure di prevenzione della corruzione generali/obbligatorie e specifiche.**

Misure generali/obbligatorie di prevenzione

Le presenti misure sono quelle indicate nella parte generale del presente piano che qui vengono riportate con i tempi di attuazione ed i relativi Responsabili

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONI	SOGGETTI RESPONSABILI	TEMPISTICA	INDICATORI
Prevenzione della corruzione e della trasparenza	Elaborazione e proposta del PTPCT con i suoi aggiornamenti	Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Annuale	Aggiornamento PTPCT
	Predisposizione della Relazione annuale del RPCT sull'attività svolta in materia di anticorruzione e trasparenza secondo format ANAC		Annuale (secondo direttive ANAC)	Relazione
Formazione del personale in tema di anticorruzione	Predisporre i contenuti del piano formativo d'intesa con il Responsabile della Formazione	Il Dirigente Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con il Dirigente Responsabile della Formazione	Annuale	Attivazione dei corsi
Trasparenza	Assicurare il rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dal D. L. vo n. 33/2013, così come modificato e integrato dal d.lgs. 97/2016, in base a quanto previsto nell'allegato 3 del PTPCT.	Dirigenti Responsabili di tutte le UO sulla base di quanto previsto nell'allegato 3 del PTPCT.	Tempistica come da normativa vigente	Pubblicazione dati e informazioni
Monitoraggio tempi procedimentali	Relazionare al RPCT semestralmente su: -dati relativi al n° dei procedimenti adottati; -n° dei procedimenti conclusi; -n° dei procedimenti per i quali si registra un ritardo ed i motivi dello stesso.	Dirigenti Responsabili di tutte le UO	Semestrale	Report sui procedimenti
Accessibilità alle informazioni sui procedimenti e provvedimenti amministrativi	Rendere accessibili, in ogni momento agli interessati, le informazioni relative ai provvedimenti e procedimenti amministrativi: stato della procedura, relativi tempi, specifico ufficio competente in ogni singola fase.	I dipendenti responsabili del procedimento	In tempo reale	Numero delle informazioni relative ai provvedimenti/procedimenti
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	Realizzazione di misure di sensibilizzazione della cittadinanza per la promozione e la cultura della legalità attraverso una efficace comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi. Annualmente sarà organizzato un incontro per la Giornata della prevenzione della corruzione e della trasparenza per un confronto sulle tematiche con le Associazioni di volontariato e con gli altri portatori di interessi. I front-office dovranno essere dotati del PTPCT al fine della consultazione da parte del cittadino/utente.	Responsabile UOSD Informazione Comunicazione e Marketing	Annuale Costante attività informativa	Incontro annuale con associazioni di volontariato. Dotazione dei front-office del PTPCT

Allegato n°2 **Tabella riepilogativa delle misure di prevenzione della corruzione generali/obbligatorie e specifiche.**

Misure generali/obbligatorie di prevenzione

Le presenti misure sono quelle indicate nella parte generale del presente piano che qui vengono riportate con i tempi di attuazione ed i relativi Responsabili

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONI	SOGGETTI RESPONSABILI	TEMPISTICA	INDICATORI
Attività informativa per la conoscenza del codice di comportamento	Svolgere adeguata attività informativa per la corretta conoscenza e applicazione del codice di comportamento adottato dall'azienda	I Dirigenti Responsabili di U.O.	Costante attività informativa	Attività informativa al 100%(a tutti i dipendenti)
		Il Dirigente UOC Risorse Umane	All'atto del conferimento dell'incarico	Ad ogni incarico
Conflitto di interesse: obbligo di astensione	Astenersi in caso di conflitto di interesse dall' adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.	I Dirigenti Responsabili di UO, i Referenti e il responsabile del procedimento.	All'atto della rilevazione	Controllo al 100%
	Massima vigilanza e controlli		Costante	Vigilanza 100%
Risposta scritta alla segnalazione del conflitto di interesse e sua valutazione	Valutare la segnalazione del conflitto di interesse con risposta scritta al dipendente	I Dirigenti Responsabili di UO	All'atto della rilevazione	Numero delle segnalazioni
Dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di vertice	Richiesta dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità degli incarichi di vertice e sua pubblicazione sul sito aziendale	RPCT /Dirigente Responsabile Risorse Umane	Incompatibilità: Annuale Inconferibilità:Tempestivo	Pubblicazione sito aziendale
Attività di incarichi extra istituzionali	Predisposizione regolamento per il conferimento e l'autorizzazione di incarichi	Il Dirigente Responsabile UOC Risorse Umane	Entro il 2021	Regolamento aziendale
Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola divieto prestazione lavorativa per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro(Pantouflage).	Inserimento nei contratti individuali di assunzione del personale e nei contratti di conferimento di incarichi dirigenziali della clausola di divieto di prestare attività lavorativa(a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente o mediante una dichiarazione sostitutiva di certificazioni rilasciate da parte degli interessati. Al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, far sottoscrivere una dichiarazione con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage. Monitoraggi con controlli a campione	Il Dirigente Responsabile UOC Risorse Umane	Contestuale alla firma del contratto e alla cessazione dal servizio. Controlli a campione semestrali	Controllo sul 30% delle dichiarazioni
Inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, della clausola di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi	Inserimento nei bandi di gara, avvisi e lettere di invito, nonchè negli atti prodromici agli affidamenti anche mediante procedura negoziata della condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. Monitoraggi con controlli a campione	Il Dirigente Responsabile UOC : Acquisizione Beni e Servizi Investimento e Patrimonio Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità	All'atto della Predisposizione del bando e degli affidamenti Controllo a campione semestrale	Controllo sul 30% degli affidamenti

Allegato n°2 **Tabella riepilogativa delle misure di prevenzione della corruzione generali/obbligatorie e specifiche.**

Misure generali/obbligatorie di prevenzione

Le presenti misure sono quelle indicate nella parte generale del presente piano che qui vengono riportate con i tempi di attuazione ed i relativi Responsabili

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONI	SOGGETTI RESPONSABILI	TEMPISTICA	INDICATORI
Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la PA	Verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi nei seguenti casi: - all'atto della formazione delle commissioni (anche con compiti di segreteria) di gare, di lavori ,servizi e forniture e di commissioni di concorso; -formazione di commissioni per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni,contributi,sussidi,ausili finanziari,nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere; - all' atto del conferimento degli incarichi dirigenziali, agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato. All'esito della verifica se risultano precedenti penali si arresta la procedura di conferimento dell'incarico. Monitoraggi con controlli a campione	Il Dirigente Responsabile UOC : Acquisizione Beni e servizi Investimento e Patrimonio Risorse Umane Medicina Legale Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti	Per ogni procedura che prevede la nomina di commissioni. Controllo a campione semestrale	Controlli a campione
Rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari	Applicare la rotazione dei dipendenti che sono stati coinvolti in procedimenti penali o disciplinari, collegati a condotte di natura corruttiva.	I Dirigenti Responsabili di tutte le UO	All'atto della conoscenza di eventuali procedimenti penali/disciplinari	Numero dei dipendenti coinvolti
Programma di rotazione dipendenti aree ad alto rischio	Produrre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione un Piano dettagliato che deve elencare i criteri atti ad assicurare la rotazione dei dipendenti nei settori di competenza, compatibilmente con l'organico e la capacità e competenza del personale, in modo tale da garantire comunque l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa. Ove non sia possibile applicare la misura (per carenza di personale, o per professionalità con elevato contenuto tecnico) fare ricorso a misure alternative(segregazione delle funzioni, interscambiabilità ecc..)	I Dirigenti Responsabili delle UO ad alto Rischio	Semestrale	Criteri adottati
Tutela del whistleblower	Svolgere adeguata attività informativa per la corretta conoscenza del sistema informatico per la gestione delle segnalazioni di illeciti dei dipendenti con tutela dell'identità del segnalante	I Dirigenti Responsabili di U.O	Annuale	Attività informativa al 100%(a tutti i dipendenti)
Utilizzo protocollo di legalità	Inserimento clausole protocollo di legalità,attualmente in vigore, negli appalti pubblici	Il Dirigente Responsabile UOC : Acquisizione Beni e servizi Investimento e Patrimonio	All'atto della predisposizione del bando e degli affidamenti	Verifica semestrale

Allegato n°2 **Tabella riepilogativa delle misure di prevenzione della corruzione generali/obbligatorie e specifiche.**

Misure specifiche

Oltre a quelle riportate nell'allegato 1, in corrispondenza di ciascuna UO, con riferimento alle attività ed ai processi a rischio che sono stati analizzati, si riportano le sottoelencate misure specifiche

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONI	SOGGETTI RESPONSABILI	TEMPISTICA	INDICATORI
Trasparenza	Trasmettere al RPCT il monitoraggio sulla pubblicazione dei dati per verificare lo stato dell'arte dei propri adempimenti	Dirigenti Responsabili di tutte le UO sulla base di quanto previsto nell'allegato 3 del PTPCT.	Semestrale	Monitoraggio sul 100%
Attestazione della conoscenza del PTPCT aziendale	Attestare di essere a conoscenza del Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza e provvedere all'esecuzione di quanto in esso previsto per le parti di rispettiva competenza	Il Dirigente Responsabile di tutte le UO mappate ed il Titolare di posizione organizzativa; per le aree ad alto rischio, tutti i dipendenti della UO.	Annuale e a seguito di ulteriori aggiornamenti del PTPCT	Trasmissione attestazioni al RPCT
Relazione semestrale sul monitoraggio applicazione misure anticorruzione previste nel piano	Verificare l'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati: controllare e monitorare l'applicazione delle misure anticorruzione previste nel piano, relazionando al Responsabile anticorruzione	Dirigenti Responsabili di tutte le UO mappate sulla base di quanto previsto nel P.T.P.C.T.	Semestrale	Trasmissione relazioni al RPCT
Relazione annuale sulle attività anticorruzione e sulle misure attivate nell'ambito della U.O.C.	Relazionare al Responsabile Anticorruzione sulle attività poste in merito all'attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel Piano e sull'efficacia delle misure previste, nonché rendicontare sui risultati realizzati	Dirigenti Responsabili di tutte le UO mappate, sulla base di quanto previsto nel P.T.P.C.T.	Annuale entro novembre di ogni anno	Trasmissione relazioni al RPCT
Relazione al RPCT sul monitoraggio attuazione del codice di comportamento e verifica stato di applicazione	Relazionare al RPCT sul monitoraggio dei procedimenti disciplinari avviati, con elaborazione di report di verifica/monitoraggio contenenti: numero delle violazioni segnalate e contestate, con indicazioni delle norme violate, della qualifica e della UO di appartenenza del dipendente; numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi con indicazione della sanzione applicata e delle archiviazioni disposte con le relative motivazioni	Dirigente Responsabile UOC Affari Generali, Gestione documentale e Convenzioni in qualità di Presidente U.P.D.	Semestrale	Report di verifica/monitoraggio
Programma delle forniture di beni, servizi,lavori da appaltare nell' anno successivo	Indicazione dei beni servizi e lavori da appaltare nei successivi dodici mesi con indicazione sui tempi di attivazione delle procedure in linea con la garanzia del miglior anticipo rispetto alla scadenza dei contratti in essere	Il Dirigente Responsabile UOC : Acquisizione Beni e servizi Investimento e Patrimonio	Annuale	Report lavori, beni e servizi da appaltare

Allegato n°2 **Tabella riepilogativa delle misure di prevenzione della corruzione generali/obbligatorie e specifiche.**

Misure specifiche

Oltre a quelle riportate nell'allegato 1, in corrispondenza di ciascuna UO, con riferimento alle attività ed ai processi a rischio che sono stati analizzati, si riportano le sottoelencate misure specifiche

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONI	SOGGETTI RESPONSABILI	TEMPISTICA	INDICATORI
Rotazione componenti commissioni di gare	Effettuare la rotazione dei componenti delle commissioni di gara per lavori, servizi e forniture, dandone comunicazione, in caso di impossibilità, al Responsabile anticorruzione	I Dirigenti Responsabili UOC Acquisizione Beni e servizi UOC Investimenti e Patrimonio Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti	All'atto della composizione della Commissione	Controllo sul 10% delle commissioni di gara
Relazione sui rapporti aventi maggior valore economico	Monitoraggio anche con controlli a campione tra i dipendenti adibiti ad attività ad alto rischio di corruzione, sui rapporti aventi maggior valore economico tra questi e gli amministratori, i soci e i dipendenti dei soggetti che con la stessa stipulano contratti,e che sono interessati a procedimenti di autorizzazione,concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere,anche verificando l'esistenza di rapporti di parentela o affinità tra gli amministratori, i titolari, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti ed i funzionari pubblici, da trasmettere al Responsabile anticorruzione	I Dirigenti Responsabili UOC Acquisizione Beni e servizi UOC Investimenti e Patrimonio Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti	Semestrale	Numero controlli attuati
Monitoraggio su affidamenti diretti	Trasmettere al RPC report sugli affidamenti diretti di servizi, lavori e forniture con indicazione della ditta affidataria, dell'oggetto e dell'importo.	I Dirigenti Responsabili: UOC Acquisizione Beni e servizi UOC Investimenti e Patrimonio Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti	Semestrale	Report degli affidamenti
Monitoraggio proroghe rapporti contrattuali	Trasmettere al RPC report relativo alle proroghe dei rapporti contrattuali oltre l'originario tempo di scadenza, motivando il mancato espletamento della procedura di gara.	I Dirigenti Responsabili: UOC Acquisizione Beni e servizi UOC Investimenti e Patrimonio Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti	Semestrale	Numero di concessioni di proroghe immotivate

Allegato n°2 **Tabella riepilogativa delle misure di prevenzione della corruzione generali/obbligatorie e specifiche.**

Misure specifiche

Oltre aquelle riportate nell'allegato 1, in corrispondenza di ciascuna UO, con riferimento alle attività ed ai processi a rischio che sono stati analizzati, si riportano le sottoelencate misure specifiche

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONI	SOGGETTI RESPONSABILI	TEMPISTICA	INDICATORI
Divieto di inserimento di clausole specifiche nei bandi di gara	Divieto di inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito di clausole che possano comportare il riconoscimento o il condizionamento dei partecipanti alla gara o clausole riferite a caratteristiche precise possedute in via esclusiva da specifici beni,servizi e forniture.	I Dirigenti Responsabili: UOC Acquisizione Beni e servizi UOC Investimenti e Patrimonio Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti	All'atto della predisposizione del bando	Controllo sul 20% dei bandi di gara
Controllo obblighi di pubblicazione dati Società Partecipata	Monitoraggio sulla pubblicazione/aggiornamento dei dati	UOC Bilancio e Contabilità	Semestrale	Pubblicazione dati
Attività Libero Professionale intramoenia	Corretta applicazione del Regolamento	Il Dirigente Responsabile UOC Attività Amm. ve PP. OO.		
	Verifica della congruità tra le agende di prenotazione e l'erogazione/fatturazione delle prestazioni.		Costante e ad ogni liquidazione	Verifica prenotazione/ erogazione/fatturazione
	Trasmissione al RPCT di una relazione contenente gli esiti delle verifiche effettuate sulla congruità tra le agende di prenotazioni e l'erogazione/fatturazione delle prestazioni		Annuale	Report esiti verifiche al RPCT

Allegato n.1

La tabella riporta, per ciascuna area di attività, i singoli processi individuati a rischio di corruzione, nonché le misure specifiche correlate al processo con relativa tempistica della cui realizzazione è responsabile il Dirigente della Unità Operativa mappata

SISTEMA INFORMAZIONE COMUNICAZIONE E MARKETING

PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
Gestione reclami	Trasmissione reclamo alla U.O. di competenza	Mancata o alterata trasmissione del reclamo	Basso	Accessibilità informazioni processo		costante	accessibilità totale
					Controllo rapporto reclami ricevuti/riscontri effettuati	Semestrale	Controllo su100%
	Riscontro reclami	Occuparsi del reclamo occultando al cittadino notizie sfavorevoli alle UU.OO. interessate		Accessibilità informazioni processo		Costante	accessibilità totale
					Controllo rapporto reclami ricevuti/riscontri effettuati	Semestrale	Controllo su100%
Gestione violazioni di dati personali (Data Breach)	Ricezione della segnalazione.Istruttoria	Omissione di aspetti determinanti sull'accaduto favorendo la UO in cui si è verificato il caso segnalato	Basso	Applicazione della procedura	Controlli sulle segnalazioni ricevute	Semestrale	Controlli su 100% delle istanze ricevute
					Attivazione corso di formazione per tutti i dipendenti	Annuale	Numero partecipanti su n° soggetti interessati
	Gestione della segnalazione (Data Breach)	Minimizzare la segnalazione pervenuta al fine di favorire la UO interessata dalla segnalazione	Basso	Applicazione della procedura	Controlli sulle segnalazioni ricevute	Semestrale	Controlli su 100% delle segnalazioni
					Attivazione corso di formazione per tutti i dipendenti	Annuale	Numero partecipanti su n° soggetti interessati

GESTIONE ACCORDI CONTRATTUALI CON EROGATORI PRIVATI

RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
Fornitura gratuita ausili per incontinenza	Autorizzazione	Qualora non adeguatamente verificati i requisiti per la fornitura di ausili,rischio di mancato rispetto delle direttive regionali e nazionali in materia,sia rispetto alla tipologia/quantità consentita che al budget stanziato dalla Regione,anche a causa di prescrizioni incomplete o non appropriate al bisogno.	Basso	Verifica di secondo livello su tutte le forniture autorizzate(condizioni di avente diritto,quantittivi max fornibili,congruità del mix di presidi)		Trimestrale	100% delle forniture autorizzate
					Pubblicazione della procedura interna sul sito aziendale e delle eventuali revisioni	Annuale	Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
					Corsi per Medici di base e specialisti prescrittori per migliorare l'appropriatezza prescrittiva	Annuale	n° partecipanti ai corsi
	Gestione liquidazioni	La mancata verifica della congruità della fornitura con l'autorizzazione(rispetto dei requisiti e dei limiti di spesa)oppure la mancata tempestività nell'aggiornamento del data base dei benificiari delle forniture sono comportamenti connessi al rischio di liquidare una fornitura in misura superiore al	Medio		Informatizzazione del date base degli utenti edelle forniture per controllo incrociato autorizzazione/bolla di consegna/fattura	Trimestrale	Monitoraggio 100%
Liquidazioni prestazioni da privato accreditato	Verifica del rispetto dei tetti di spesa (obiettivo di performance 2022)	Fenomeni di fatturazione extra budget a fronte dei quali gravano costi non previsti sul bilancio aziendale	Medio		L'attività viene verificata con l'UOC Bilancio e Contabilità a doppio check nell'ambito delle elaborazioni del Conto economico	Annuale	Report (allegato al Bilancio consuntivo)
					Il nuovo personale assegnato alla UOC sarà adeguatamente formato dai funzionari senior	Annuale	n° giornate di affiancamento dei nuovi dipendenti
					I funzionari addetti alle liquidazioni saranno affiancati da nuovo personale al fine di segregare le funzioni e per quanto possibile ruotare le competenze.	Annuale	n° di incariche/pratiche ruotati sul totale

INGEGNERIA CLINICA

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE	Gestione contabilità	Emissione ordini	Emissione ordine privo di documentazione relativa all'affidamento all'operatore economico destinatario dell'ordine	Basso	Misure di controllo previste dall'applicativo AREAS.Controllo a campione dei dati riportati in ordine con quelli relativi ad atto di affidamento.		semestrale	Controllo a campione di n° 5 ordini con dati affidamento
						Rotazione del personale	Annuale	n° incarichi/pratiche ruotati sul totale
		Liquidazione fatture	Liquidazione fatture senza un preventivo controllo	Medio	Rafforzamento delle misure di controllo con particolare riferimento ai canoni AEM.	Checklist di verifica presenza e manutenzione AEM nelle varie UUOO	Semestrale	n° controlli effettuati su n° di pratiche/provvedimenti
	Gestione del ciclo di vita delle AEM	Individuazione del fabbisogno AEM in noleggio	Favorire l'approvigionamento di AEM in noleggio che non siano veramente necessari a vantaggio di specifici operatori economici	Medio	Richiesta di feedback dai reparti utilizzatori delle AEM in noleggio sull'effettivo utilizzo e fabbisogno di AEM per la programmazione annuale	Predisposizione checklist di riscontro per UUOO sugli effettivi fabbisogni delle AEM in noleggio per l'anno successivo	Annuale	Controllo a campione su n° 3 UU.OO in cui sono in essere contratti di noleggio
		Controllo procedura di visione apparecchiature elettromedicali	Favorire l'approvigionamento di AEM da parte di specifici operatori economici senza svolgere regolari procedure di gara		Controllo del rispetto della procedura autorizzativa e durata del tempo di visione previsto		Semestrale	n° visione AEM che si trasformano in acquisto/totale AEM in visione
						Invio mail di sensibilizzazione alle UU.OO.allo scopo della visione/prova delle AEM e al rispetto dei tempi procedurali	Semestrale	n° iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti

INFORMATICA E RETI

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
CONTRATTI PUBBLICI	Affidamento di fornitura di beni e servizi	Determinazione del fabbisogno	Sovradimiensionamento del reale fabbisogno o impropria determinazione di requisiti del prodotto/servizio	Medio		report annuale riepilogativo per UOC dei beni acquisiti ed assegnati nell'anno solare	Annuale	100%
		Scelta del contraente	Valutazione utilitaristica delle offerte tecniche	Medio	Ad ogni procedura acquisizione della dichiarazione di non incompatibilità		Ad ogni gara	Controllo 100% gare
					Raccolta "attestazioni di conoscenza del PTPCT" e dichiarazione dei rapporti di parentela		Annuale	100% del personale afferente a qualsiasi titolo alla UOC
		Modalità di selezione dei concorrenti: determinazione capacità tecnico-organizzative,requisiti minimi e griglia di valutazione	Valutazione utilitaristica delle offerte tecniche	Medio		Modifica al regolamento che fissi una soglia annuale economica e/o un numero di procedure per commissario/componente	Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
					Commissione giudicatrice completamente distinta dal Collegio tecnico .Collegio tecnico nominato con Deliberazione del D.G.			100% del personale afferente a qualsiasi titolo alla UOC
	Gestione amministrativa e contabile	Liquidazione fatture	Attestazione impropria di esigibilità del credito	Medio	Verifica a campione della completezza della documentazione probatoria relativa provvedimenti di liquidazione		Semestrale	n°controlli effettuati/n° pratiche

AFFARI GENERALI, GESTIONE DOCUMENTALE E CONVENZIONI

AFFARI GENERALI E CONTENZIOSO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
	Gestione del procedimento sanzionatorio per le violazioni di norme in materia igienico sanitaria	Recepimento istanza,apertura fascicolo,istruttoria e studio della pratica (fase istruttoria)	Discrezionalità nella decisione in ordine all'archiviazione e/o riduzione della sanzione irrogata dagli organi accertatori o ispettivi esterni e/o interni alla ASL;rapporto diretto con i trasgressori e/o obbligati in solido.	Medio		Misure di controllo	Semestrale	Verifica a campione sulle pratiche
						Pubblicazione sul sito aziendale di specifici report	Semestrale	Presenza o no di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
						Organizzazione di incontri periodici con il personale coinvolto	Semestrale	n° incontri o comunicazioni effettuate
						Perfezionamento procedure operative aziendali	Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
						Organizzazione di corsi di formazione specifici del personale coinvolto	Annuale	n° partecipanti ad un determinato corso su n° soggetti interessati
		Emissione ordinanza ingiunzione di pagamento o di archiviazione con notifica del provvedimento all'interessato (fase decisoria)				Favorire nuove iniziative al fine di migliorare i processi	Annuale	n° iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
						Rotazione del personale della UOC	Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
						Inserimento di appositi moduli per la richiesta di informazioni e/o la segnalazione di irregolarità	Annuale	Particolari azioni per agevolare,sensibilizzare,garantire i segnalanti
						Prevedere nelle procedure casi di incompatibilità e/o conflitto di interessi del personale coinvolto	Annuale	Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi
						Prevedere nelle procedure casi di incompatibilità e/o conflitto di interessi nei rapporti con le lobbies	Annuale	Presenza o meno di discipline atte a regolare il confronto con le lobbies e strumenti di controllo

	AFFARI GENERALI, GESTIONE DOCUMENTALE E CONVENZIONI							
	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISC.	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
AFFARI GENERALI E CONTENZIOSO	Gestione procedimenti disciplinari	Presa d'atto della segnalazione apertura fascicolo,notifica della contestazione,acquisizione delle memorie e/o giustificazioni,studio della pratica(Fase istruttoria)	Possibile discrezionalità in ordine all'archiviazione del procedimento,rapporto diretto con i dipendenti sottoposti a procedimento disciplinare;eventuale abuso nella irrogazione o meno della sanzione finale	Medio		Monitoraggio e verifica sui provvedimenti emanati	Annuale	n° controlli effettuati su n° di pratiche/provvedimenti
					Pubblicazione sul sito aziendale di specifici report		Annuale	Presenza o no di un determinato atto/dato/informazione oggetto di
						Organizzazione di incontri periodici con il personale coinvolto	Annuale	n° incontri o comunicazioni effettuate
						Perfezionamento procedure operative aziendali	Annuale	Verifica adozione di un determinato regoalemnto/procedura
						Organizzazione di corsi di formazione specifici del personale coinvolto	Annuale	n° partecipanti ad un determinato corso su n° soggetti interessati
						Favorire nuove iniziative al fine di migliorare i processi	Annuale	n° iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
					Rotazione del personale della UOC		Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
						Inserimento di appositi moduli per la richiesta di informazioni e/o la segnalazione di irregolarità	Annuale	Particolari azioni per agevolare,sensibilizzare,garantire i segnalanti
						Prevedere nelle procedure casi di incompatibilità e/o conflitto di interessi del personale coinvolto	Annuale	Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi
						Prevedere nelle procedure casi di incompatibilità e/o conflitto di interessi nei rapporti con le lobbies	Annuale	Presenza o meno di discipline atte a regolare il confronto con le lobbies e strumenti di controllo
		All'esito dell'istruttoria effettuata si provvede all'irrogazione della relativa sanzione disciplinare o al provvediemnto di archiviazione con successiva notifica all'interessato (Fase decisoria)	Discrezionalità e/o abuso nella emissione del provvedimento finale di conclusione del procedimento amministrativo	Medio		Monitoraggio e verifica sui provvedimenti emanati	Annuale	n° controlli effettuati su n° di pratiche/provvedimenti
					Pubblicazione sul sito aziendale di specifici report		Annuale	Presenza o no di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
						Organizzazione di incontri periodici con il personale coinvolto	Annuale	n° incontri o comunicazioni effettuate
						Perfezionamento procedure operative aziendali	Annuale	Verifica adozione di un determinato regoalemnto/procedura
						Organizzazione di corsi di formazione specifici del personale coinvolto	Annuale	n° partecipanti ad un determinato corso su n° soggetti interessati
						Favorire nuove iniziative al fine di migliorare i processi	Annuale	n° iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
					Rotazione del personale della UOC		Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
						Inserimento di appositi moduli per la richiesta di informazioni e/o la segnalazione di irregolarità	Annuale	Particolari azioni per agevolare,sensibilizzare,garantire i segnalanti
						Prevedere nelle procedure casi di incompatibilità e/o conflitto di interessi	Annuale	Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi
						Prevedere nelle procedure casi di incompatibilità e/o conflitto di interessi	Annuale	Presenza o meno di discipline atte a regolare il confronto con le lobbies e strumenti di controllo

GOVERNO ASSISTENZA DI BASE E SPECIALISTICA

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Reclutamento medici a tempo determinato per attività in regime di convenzione USCA/servizio telefonico COVID 19/Servizio tracciamento contatti	Verifica requisiti e predisposizione graduatoria	Errore attribuzione punteggio e posizione in graduatoria per favorire interessi economici del medico	Basso	Controllo in fase istruttoria dei documenti attestanti i criteri di priorità prima della predisposizione della graduatoria e del successivo conferimento dell'incarico		Annuale	N. 2 controlli prima della graduatoria definitiva. Ulteriore controllo della posizione in graduatoria regionale e dei documenti attestanti i criteri di priorità
		Convocazione medici(telefonica causa COVID 19) in posizione utile nella graduatoria aziendale	Errore nell'ordine di convocazione per mancato rispetto posizione in graduatoria	Basso	Controllo in fase di convocazione dell'ordine delle posizioni in graduatoria prima dell'effettivo conferimento dell'incarico		Annuale	n° 2 controlli prima della convocazione telefonica
	Liquidazione competenze medici e professionisti convenzionati	Verifica ore incarico prestate inserimento dati variabili e assenze nel Sistema Informatico Regionale IASI	Possibile liquidazione in misura superiore al dovuto ai medici e professionisti convenzionati	Basso	Controllo effettuato per unità di personale dei documenti riepilogativi SP01 all'atto dell'inserimento dei dati e dopo in fase riepilogativa		Mensile	n° 2 controlli su elaborazione mensile
		Verifica e controllo elaborazione cedolini provvisori	Mancata rilevazione errori di inserimento per favorire interessi economici del medico/professionista	Basso	Controllo in fase riepilogativa dei documenti finali di pagamento(cedolini) prima dell'effettiva liquidazione dei compensi		Mensile	n° 2 controlli prima dei cedolini definitivi
GESTIONE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO	Verifica esenzioni per reddito compartecipazione alla spesa sanitaria:recupero somme non pagate	Attivazione procedure di recupero bonario delle somme non pagate	Non inviare di proposito una richiesta di pagamento a nominativo in elenco di cui si è parente , amico o conoscente, attribuendo loro vantaggi economici	Basso		Accesso , in ogni momento, al data base informatizzato a tutti gli operatori che partecipano alla procedura di recupero	Annuale	n° controlli effettuati su n° di pratiche/provvedimenti
		Esame documentazione :riconferma o annullamento richiesta di pagamento	Favorire parenti amici e conoscenti archiviando ed annullando pratiche di pagamento dovute		Controllo a campione da parte del Direttore della UOC		Annuale	Controllo 2/3 volte su 400/500 pratiche istruite

SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Controllo ufficiale sulle attività di produzione,trasformazione,deposito,vendita commercio e somministrazione di alimenti	Ispezioni nelle strutture	Non rilevazione delle carenze di requisiti obbligatori per legge	Medio	Misure di controllo		Annuale	Verifica a campione
					Completezza dell'atto		Annuale	Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di
					Promozione dell'etica con comunicazioni e incontri		Annuale	n° incontri o comunicazioni effettuate
					Rotazione trasferimento pratiche per conflitto d'interessi o assenza di personale		Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
					segnalazione del conflitto di interessi ove ricorra		Annuale	Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO	Registrazione delle imprese alimentari	Inserimento sul sistema informativo (SINVSA)	Non corretta registrazione delle imprese alimentari	Medio	Misure di controllo		Annuale	Verifica a campione
					Completezza dell'atto		Annuale	Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di
					Promozione dell'etica con comunicazioni e incontri		Annuale	n° incontri o comunicazioni effettuate
					Rotazione trasferimento pratiche per conflitto d'interessi o assenza di personale		Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
					Segnalazione del conflitto di interessi ove ricorra		Annuale	Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi

SANITÀ ANIMALE

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Gestione focolaio di malattia infettiva a carattere zoonosico	Valutazione analisi campioni per malattia infettiva	Omessa o falsa dichiarazione di conformità alla normativa vigente in materia; omessa o falsa esecuzione o ripetizione delle prove diagnostiche sui capi sospetti positivi	Medio	Predisposizione Piano Annuale Attività con indicazione precisa dei compiti e dei ruoli di ciascun attore nel processo. Rispetto della tempistica assegnata dalle norme vigenti e dai protocolli operativi. Indicazione delle competenze del Responsabile UOS profilassi ed Epidemiosorveglianza delle Malattie Infettive		Annuale	n° Report e audit interni
					Elaborazione e revisione di procedure operative,intercambiabilità e rotazione del personale, controllo delle attività mediante report e audit interni,sensibilizzazione e formazione degli utenti circa i loro compiti per la salvaguardia della Sanità Pubblica Veterinaria e per la garanzia della sicurezza alimentare nella produzione primaria.		Annuale	n° Report e audit interni
	Movimentazione Internazionale animali d'affezione verso Paesi membri della CEE e verso stati terzi	Ispezioni/Rilascio certificato internazionale/Rilascio passaporto	Omessa o falsa dichiarazione di conformità alla normativa vigente in materia.False dichiarazioni di status sanitario degli animali oggetto di movimentazioni	Medio	Predisposizione Piano Annuale Attività con indicazione precisa dei compiti e dei ruoli di ciascun attore nel processo.Rispetto della tempistica assegnata dalle norme vigenti e dai protocolli operativi.Indicazione delle competenze del Responsabile IASP Randagismo ed Igiene Urbana Veterinaria		Annuale	n° Report e audit interni
					Elaborazione e revisione di procedure operative,intercambiabilità e rotazione del personale, controllo delle attività mediante report e audit interni,sensibilizzazione e formazione degli utenti circa le misure da adottare.Ampia comunicazione istituzionale sul sito aziendale		Annuale	n° Report e audit interni

IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE								
CONTROLLI VERIFICHE ISPEZIONI E SANZIONI	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
	Ispezioni carni negli impianti di macellazione riconosciuti	Esame documentale e visita ante mortem	Omessa o falsa attestazione di idoneità degli animali alla macellazione e delle carni al consumo umano	Alto	Analisi dei report informatici sulle attività dei Controlli Ufficiali.schede di verifica del controllo Ufficiale in corso di Audit		Semestrale	Controllo su 5% dell'attività inserita nei Data base dei sistemi informatici SIVRA2-SINVSA-BDN
					Comunicazione tendenti a promuovere e stimolare comportamenti eticamente corretti		Annuale	n° comunicazioni effettuate
					Adozione procedure relative a linee di attività non ancora procedurizzate e revisione delle procedure esistenti		Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
		Visita post mortem e destino delle carni	Omessa o falsa attestazione di idoneità delle carni al consumo umano		Principio dell'alternanza tra i veterinari nell'esecuzione dei controlli .Principio applicato in sede di programmazione		Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
					Acquisizione delle dichiarazioni di assenza dei conflitti di interesse ad inizio anno per le attività oggetto di programmazione ed eventuale segnalazione di conflitti durante l'anno		Annuale	Dichiarazioni da parte di tutto il personale addetto ai controlli

IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Controllo ufficiale sulle attività riconosciute e registrate di produzione, preparazione, commercializzazione e trasporto di alimenti di origine animale	Esecuzione Audit, verifica, ispezione, vigilanza, controllo e prelievo campioni	Omessa o falsa verifica della risoluzione di non conformità alla normativa. Mancata applicazione di ulteriori provvedimenti restrittivi o sanzionatori	Alto	Analisi dei report informatici sulle attività dei Controlli Ufficiali. Schede di verifica del controllo Ufficiale in corso di Audit		Semestrale	Verifica report 5% dell'attività inserita nei Data Base dei sistemi informatici SIVRA2-SINUSA-BDN
					Comunicazione tendenti a promuovere e stimolare comportamenti eticamene corretti		Annuale	n° comunicazioni effettuate
					Adozione procedure relative a linee di attività non ancora procedurizzate e revisione delle procedure esistenti		Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
		Verifica delle risoluzioni delle non conformità riscontrate in fase di audit,verifica,ispezione,vigilanza,controllo e prelievo campione	Omessa o falsa verifica/valutazione della risoluzione di una non conformità - mancata applicazione di ulteriori provvedimenti restrittivi o sanzionatori		Principio dell'alternanza tra i veterinari nell'esecuzione dei controlli .Principio applicato in sede di programmazione		Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
					Acquisizione delle dichiarazioni di assenza dei conflitti di interesse ad inizio anno per le attività oggetto di programmazione ed eventuale segnalazione di conflitti durante l'anno		Annuale	Dichiarazioni da parte di tutto il personale addetto ai controlli
	Certificazioni per l'export di alimenti di origine animale	Certificazioni per l'export di alimenti di origine animale	Omessa o falsa certificazione/attestazione dei requisiti strutturali,funzionali e gestionali degli stabilimenti che producono e delle garanzie sanitarie sugli alimenti oggetto di export	Medio	Analisi dei report informatici sulle attività dei Controlli Ufficiali. Schede di verifica del controllo Ufficiale in corso di Audit		Semestrale	Verifica report 5% dell'attività inserita nei Data Base dei sistemi informatici SIVRA2-SINUSA-BDN
					Comunicazione tendenti a promuovere e stimolare comportamenti eticamene corretti		Annuale	n° comunicazioni effettuate
					Adozione procedure relative a linee di attività non ancora procedurizzate e revisione delle procedure esistenti		Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
		Richiesta e mantenimento iscrizione liste export	Omessa o falsa verifica/valutazione/attestazione del possesso o mantenimento dei requisiti strutturali,funzionali e gestionali degli stabilimenti che richiedono e mantengono l'iscrizione nelle liste degli stabilimenti per l'export di A.o.A.		Principio dell'alternanza tra i veterinari nell'esecuzione dei controlli .Principio applicato in sede di programmazione		Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
					Acquisizione delle dichiarazioni di assenza dei conflitti di interesse ad inizio anno per le attività oggetto di programmazione ed eventuale segnalazione di conflitti durante l'anno		Annuale	Dichiarazioni da parte di tutto il personale addetto ai controlli

IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Controlli ufficiali	Esecuzione dei controlli	Omessa o falsa rilevazione di non conformità alla normativa vigente	Alto	Analisi dei report informatici sulle attività dei controlli ufficiali		Semestrale	Controllo del 5% dell'attività inserita nella cartella condivisa.
					Comunicazione tendenti a promuovere e stimolare comportamenti eticamente corretti		Annuale	n° comunicazioni effettuate
					Adozione di procedure relative a linee di attività non ancora regolamentate e revisione delle procedure esistenti		Annuale	Verifica di un determinato regolamento /procedura
					Alternanza tra veterinari nell'esecuzione dei controlli. Principio applicato in sede di programmazione annuale		Annuale	n° pratiche ruotate su aziende e distretti di appartanenza
					Acquisizione delle dichiarazioni di assenza dei conflitti di interesse ad inizio anno per le attività oggetto di programmazione ed eventuale segnalazione di conflitti durante l'anno		Annuale	Dichiarazioni da parte di tutto il personale addetto ai controlli
		Verifica risoluzione non conformità	Falsa risoluzione della non conformità alla normativa vigente		Verifica dalla risoluzione della non conformità alla scadenza dei tempi concordati		Annuale	n. 3 casi di non conformità
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	Rilascio di autorizzazioni e certificazioni richieste dall'utenza	Sopralluogo e redazione di check list per verifica dei requisiti ai fini del rilascio	Falsa rilevazione di non conformità alla normativa vigente	Medio	Utilizzo di procedure operative, modulistica e check list		Semestrale	Controllo 5% delle autorizzazioni rilasciate
					Comunicazione tendenti a promuovere e stimolare comportamenti eticamente corretti		Annuale	n° comunicazioni effettuate
		Iscrizione a registri o rilascio certificazioni	Falsa rilevazione di conformità alla normativa vigente in materia	Medio	Adozione di procedure relative a linee di attività non ancora regolamentate e revisione delle procedure esistenti		Costante	Verifica di un determinato regolamento /procedura
					Alternanza tra veterinari nell'esecuzione dei controlli. Principio applicato in sede di programmazione annuale		Annuale	n° pratiche ruotate su aziende e distretti di appartanenza
					Acquisizione delle dichiarazioni di assenza dei conflitti di interesse ad inizio anno per le attività oggetto di programmazione ed eventuale segnalazione di conflitti durante l'anno		Annuale	Dichiarazioni da parte di tutto il personale addetto ai controlli

SIESP

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
CONTROLLI, VERIF., ISPEZ E SANZ	Controlli e vigilanza su strutture sanitarie e socio-assistenziali private e pubbliche	Richiesta pareri per il rilascio delle autorizzazioni,esposti e/o richieste di verifica da soggetti pubblici o privati	Controllo effettuato volontariamente in modo negligente non segnalando eventuali anomalie riscontrate	Medio	Controlli, elaborazione di istruzioni operative, e rotazione del personale		Semestrale	n° 5% controlli effettuati su n° di pratiche/provvedimenti
	Tutela della salute dai fattori di rischio presenti negli ambienti di vita (amianto, inquinanti chimici ecc..)	Esposti e/o richieste di verifica da soggetti pubblici o privati	Ispezioni e verifiche effettuate in modo negligente omettendo di segnalare eventuali anomalie riscontrate	Medio	Controlli, elaborazione di istruzioni operative, e rotazione del personale		Semestrale	n°5% controlli effettuati su n° di pratiche/provvedimenti

SPSAL

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONI	INDICATORI
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Attività relativa al controllo e alla verifica dei luoghi di lavoro e rispetto dei protocolli ANTICOVID	Sopralluogo	Azioni di verifica plurime e non motivate	Medio	Controllo a campione delle pratiche evase		Trimestrale	Controlli sul 5% dei procedimenti
					Rotazione territoriale del personale		Annuale	n° 20 pratiche sul totale
	Attività relativa all'esame del ricorso avverso il giudizio del Medico Competente aziendale	Fase istruttoria	Valutazione della documentazione immotivatamente favorevole al ricorrente o alla controparte		Controllo a campione delle pratiche evase		Trimestrale	Controlli sul 10% delle pratiche
		Rilascio di un provvedimento finale	Provvedimento conclusivo immotivatamente favorevole al ricorrente o alla controparte		Rotazione territoriale del personale .		Annuale	n° 2 incarichi/pratiche ruotati sul totale

TUTELA DELLA SALUTE NELLE ATTIVITÀ SPORTIVE

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	Rilascio certificazione per idoneità sportiva	Verifica dell'avvenuto pagamento dell'utente	Esecuzione degli esami senza documentazione dell'avvenuto pagamento al CUP	Basso	Rispetto della procedura interna.Rilascio certificato solo dopo acquisizione ricevuta di pagamento ticket		Annuale	n° controlli effettuati su n° pratiche /provedimenti
					Comunicazione tendenti a promuovere e stimolare comportamenti eticamente corretti		Annuale	n° comunicazioni effettuate
					Formazione aggiornamenti LEA		Annuale	n° partecipanti su n° soggetti interessati
		Rilascio certificato di idoneità senza acquisizione degli esami richiesti per legge	Discrezionalità nel rilascio della idoneità sportiva ad utenti con patologie	medio basso	Controllo linee guida e procedure		Annuale	n° controlli effettuati su n° pratiche /provedimenti
					Comunicazione tendenti a promuovere e stimolare comportamenti eticamente corretti		Semestrale	n° comunicazioni effettuate
					Adozione regolamento interno su linee guida		Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
						Misure di educazione sanitaria all'utenza	Annuale	n° iniziative svolte

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI CON EFFETTO ECONOMICO	Concessione di contributi, sussidi all'utenza psichiatrica (borse lavoro)	Individuazione utenti beneficiari di borsa lavoro	Favorire un utente a discapito di un altro (non rispettando i requisiti richiesti)	Basso	Linee guida e procedure specifiche dell'UOC per l'assegnazione del contributo		Annuale	Controlli /100%
					Riunioni di equipe multidisciplinari		Annuale	Controlli /100%
		Rendicontazione ore di borsa lavoro svolte dall'utente	Mancata rilevazione errori di rendicontazione ore per favorire l'utente		Linee guida e procedure specifiche dell'UOC per l'assegnazione del contributo		Annuale	Controlli /100%
					Riunioni di equipe multidisciplinari		Annuale	Controlli /100%
					Verifiche amministrative da parte del Direttore U.O.		Mensile	Controlli /100%
RAPPORTI CON SOGGETTI EROGA	Inserimenti riabilitativi c/o strutture residenziali e/o semi residenziali	Individuazione della struttura dove inserire un paziente	Privilegiare una struttura al posto di un'altra e/ o struttura avente costi maggiori	Basso	Richieste di inserimento inoltrate a tutte le strutture adeguate per setting (regionali /extraregionali) per le pari opportunità.		Semestrale	Controlli su 100%
					Attività UVM. Riunioni di equipe multidisciplinari		Semestrale	
		Verifiche presso le strutture	Controlli insufficienti sull'adeguatezza delle prestazioni con beneficio economico per la struttura		Riunioni di equipe multidisciplinari		Semestrale	Controlli su 100%
					Attività UVM		Semestrale	

SERVIZI ECONOMALI E LOGISTICI

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
CONTRATTI PUBBLICI	Liquidazione fatture	Liquidazioni servizi di trasporto	Liquidazione fraudolenta alle ditte per prestazioni non erogate o erogate parzialmente o presenza di altre anomalie	Medio	Controllo nel collegamento ordine-bolla-fattura e assoluta inprocedibilità in caso di mancanza di attestazione del DEC		Annuale	ontrolli effettuati su n° pratiche/provvedim
					Il Dirigente/Funzionario diverso dal soggetto che richiesto/liquidato la fattura verifica a campione che la fattura liquidata dalla dichiarazione di regolarità rilasciata dal DEC periodicamente verifica l'attività svolta con apposita firma e data in calce ai documenti verificati e viene redatto verbale sintetico conservato negli archivi			Controlli sul 10 %
		Verifica della effettività e della correttezza della prestazione in riferimento al chilometraggio e alle richieste	Liquidazione in base al parametro chilometrico per quantità non dovute o eccedenti il dovuto	Medio	Controllo dei chilometri percorsi in relazione da quanto indicato nella documentazione esibita e verifica dei dati riportati nella documentazione inviata dalla Ditta		Annuale	ontrolli effettuati su n° pratiche/provvedim
					Il Dirigente/Funzionario diverso dal soggetto che effettua il controllo, verifica a campione l'attività svolta con apposita firma e data in calce ai documenti verificati e viene redatto verbale sintetico conservato negli archivi			Controlli sul 10 %

	SAPS							
ACQUISIZIONE E GESTIONE PERSONALE	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
	Gestione interna delle risorse assegnate al servizio	Assegnazione delle risorse professionali nell'ambito della mobilità aziendale.	Favoritismo di tipo clientelare	basso	Report mobilità		annuale	n° 12 controlli su n° 12 pratiche /provvedimenti
	NOD VASTO ALTO VASTESE							
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISC.	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
	Attività UVM	Fase autorizzativa - 1° accesso	Ammissione ADI, residenzialità e riabilitazione in mancanza dei prescritti requisiti	Medio/Basso	Frazionamento fasi del processo		annuale	Controllo sul 100%
					Misure di controllo di secondo livello		annuale	controllo 100% degli accessi
					Incontri formativi		Annuale	n° di riunioni effettuate
CONTRATTI PUBBLICI	Gestione operativa contratti aziendali di servizi esternalizzati (trasporto, ADI, rifiuti, lavanolo, farmaci e materiale sanitario, materiale economale, informatico, ecc.)	Fase della richiesta-formulazione del bisogno	Fase della richiesta - non rispondenza alle reali necessità.	Basso	Controlli sul materiale pervenuto e sugli interventi effettuati		Trimestrale	n° controlli effettuati su n° pratiche/provvedimenti
					Aggiornamento delle procedure		Annuale	verifica adozione del regolamento
	NOD LANCIANO							
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISC.	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
	Attività U.V.M.	Valutazione dell'istanza	Discrezionalità nella fase di valutazione con rischio di errata valutazione	Medio-Basso	Monitoraggio dei tempi procedimentali		Annuale	50% dei procedimenti
					Riunioni semestrali di equipe		Annuale	Numero di riunioni effettuate
		Autorizzazione	Discrezionalità nella fase di valutazione con conseguente rischio di rilascio di autorizzazioni non rispondenti ai criteri normativi e all'effettivo bisogno dell'assistito		Rotazione personale sulla fase di proroga		Annuale	Sul 60%
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI CON EFFETTO ECONOMICO	Assistenza primaria	Verifica della congruità della richiesta rispetto al bisogno	Discrezionalità nella fase di verifica del diritto con il rischio di indebita attribuzione dei benefici	Basso	verifiche di secondo livello sulle prestazioni autorizzate		Annuale	Controllo sul 30% delle prestazioni
		Autorizzazione	Erronea valutazione della richiesta con rischio di indebita attribuzione di benefici		Rotazione del Dirigente incaricato relativamente al suo periodo di assenza per ferie o malattia		Annuale	10% delle pratiche

NOD SANGRO AVENTINO

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
LISTE D'ATTESA	Visite specialistiche, esami diagnostici, strumentali e di laboratorio	Prenotazione	Irregolarità e abusi per l'accesso alle prestazioni allo scopo di favorire utenti/pazienti a scapito di altri	Basso	Controllo su tutta l'attività		Semestrale	Controllo su 100%
		Rilascio del referto	Irregolarità e abusi finalizzati ad ottenere il rilascio del referto in anticipo rispetto alla tempistica prevista					
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI CON EFFETTO ECONOMICO	Rilascio esenzione ticket per condizioni socio-economiche	Esame richiesta	Verifica dei requisiti richiesti riconoscendo indebitamente il diritto all'esenzione; mancata effettuazione controlli su autocertificazioni	Basso	Controlli a campione delle pratiche adottate		Semestrale	Controllo sul 25% delle pratiche
		Rilascio esenzione	Indebito riconoscimento dell'esenzione per agevolare determinati pazienti/utenti					

AREA DISTRETTUALE 1 (NOD CHIETI-FRANCAVILLA-ORTONA)

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	Assistenza protesica	Esame richiesta proponente e valutazione della richiesta	Discrezionalità nella fase di autorizzazione ovvero disomogeneità nella valutazione dello stato di "avente diritto"	Basso	Controllo a campione delle autorizzazioni		Semestrale	n°20 richieste
					Pubblicazione monitoraggio dei tempi procedurali		Semestrale	Presenza o meno del monitoraggio
					Incontri dirigenti e responsabili per standardizzare le procedure		Annuale	n° incontri /comunicazioni
		Autorizzazione/diniego alla fornitura dei presidi, conferimento dell'ordine, consegna e collaudo	Rischio di abuso nella concessione dei dispositivi protesici e/o di favoreggiamento nei confronti del fruitore/fornitore		Verifica della completezza documentale nel fascicolo		Semestrale	n° verifiche effetuate sul totale pratiche
					Assegnazione di nuovo personale previo periodo di affiancamento per formazione			n° incarichi ruotati sul totale
						Predisposizione punti di raccolta di segnalazioni anche in forma anonima	Annuale	Report sulle segnalazioni
					Astensione del personale coinvolto		Semestrale	n° di pratiche assegnate ad altro ufficio dell'area distrettuale
	Attività U.V.M.: ex art.26 - Strutture Semiresidenziali e Residenziali - Riabilitazione Psichiatrica, ADI.	Esame richiesta proponente e valutazione della richiesta	Discrezionalità nella fase di valutazione con conseguente rischio di rilascio di autorizzazioni non rispondenti ai criteri normativi di riferimento	Basso	Controllo a campione delle autorizzazioni UVM		Semestrale	n°20 autorizzazioni
					Pubblicazione monitoraggio dei tempi procedurali		Semestrale	Presenza o meno del monitoraggio
		Adozione provvedimento di autorizzazione/diniego, rilascio del provvedimento stesso al richiedente	Rischio di rilascio di autorizzazioni non rispondenti ai criteri normativi di riferimento		Incontri dirigenti e responsabili per standardizzare le procedure		Annuale	n° incontri /comunicazioni
					Rispetto delle normative regionali e delle disposizioni aziendali		Semestrale	n. monitoraggi effettuati
						predisposizione punti di raccolta di segnalazioni anche in forma anonima	Annuale	Report sulle segnalazioni
					Astensione del personale coinvolto		Semestrale	n° di pratiche assegnate ad altro ufficio dell'area distrettuale

NOD GUARDIAGRELE

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	Attività U.V.M.: ADI,Residenzialità-Riabilitazione-Piano locale non autosufficienza -Esame richiesta proponente - Valutazione-	Autorizzazione	Ammissione nei vari setting (ADI - residenzialità- Riabilitazione ecc.). in mancanza dei requisiti prescritti.Discrezionalità nell'autorizzazione	Medio-basso	Rotazione del personale		Semestrale	n° incarichi ruotati sul totale
					Controlli a campione delle richieste autorizzate		Annuale	Controllo sul 20% delle richieste autorizzate
	Assistenza integrativa e protesica	Autorizzazione	Discrezionalità nell'autorizzazione e nella scelta dei presidi. Abuso nell'indirizzare l'utente verso particolare ditta autorizzata alla fornitura	Medio-basso	Controlli a campione		Annuale	Controllo sul 20% delle richieste autorizzate
					Rotazione del personale		Semestrale	n° incarichi ruotati sul totale
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI CON EFFETTO ECONOMICO	Rilascio esenzione ticket per patologia	Autorizzazione	Attribuzione di benefici in mancanza dei prescritti requisiti	Medio-basso	Controlli a campione		Annuale	Controllo sul 20% delle richieste autorizzate
					Rotazione del personale		Semestrale	n° incarichi ruotati sul totale

DIREZIONI MEDICHE PP.OO. Aziendali

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
LISTE D'ATTESA	Ricoveri Programmati	Prenotazione e attribuzione livello di priorità	Errata attribuzione del livello di priorità	Medio	Monitoraggio delle agende di prenotazione e delle liste operatorie.Partecipazione tavolo tecnico per il programma attuativo aziendale per il contenimento delle liste d'attesa per i ricoveri programmati.Report annuali	Stesura procedura dipartimentale dei criteri di determinazione dei livelli di priorità e pubblicazione sul sito aziendale dei suddetti criteri (PO CHIETI ORTONA)	Annuale	Verifica adozione regolamento/pubblicazione
		Controllo di direzione Medica sulle agende di prenotazione	Consentire alle U.O. il non preciso rispetto delle procedure delle liste d'attesa	Medio			Annuale	Controllo sul 70%
		Controllo di Direzione Medica sui ricoveri programmati	Consentire alle U.O. il non preciso rispetto delle procedure delle liste d'attesa					
	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Gestione salma e camere camera mortuaria	Segnalazione da parte del personale ai parenti di una specifica impresa; contatti impropri con imprese funebri; richiesta o accettazione di compensi o altre utilità	Medio	Aggiornamento registro decessi, verifica deleghe, controllo accessi e monitoraggio degli affidamenti alle imprese		Costante	100%
					Incontri di sensibilizzazione con il personale sanitario addetto.		Annuale	n° 2 incontri

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
	Formazione in house	Gestione corsi di formazione per i lavoratori della ASL	L'operatore del SPP potrebbe agire in modo irregolare nello svolgimento della propria attività istituzionale	Basso	Formazione ed aggiornamento per tutti i dipendenti		annuale	Numero dei corsi
					Audit interni per confrontarsi sulle modalità operative adottate		Trimestrali	N° di audit
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Controlli in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro all'interno della ASL2 e tutti i compiti previsti dall'art.33 del D.lgs. 81/2008 e smi	L'operatore del S.P.P. potrebbe agire in modo irregolare nel corso dell'attività istituzionale, trascurando che l'attività deve essere sempre svolta nel rispetto delle leggi vigenti in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e della legalità.	Basso	Formazione ed aggiornamento annuale in materia di prevenzione della corruzione per gli operatori S.P.P.		annuale	Numero di partecipanti al corso di formazione
					Audit interni trimestrali per confrontarsi sulle modalità operative adottate		Trimestrali	N° di audit
		Redazione dei DUVRI previsto dall'art. 26 del D.Lgs. 81/2008	L'operatore del S.P.P. potrebbe agire in modo irregolare nel corso dell'attività istituzionale, trascurando che l'attività deve essere sempre svolta nel rispetto delle leggi vigenti in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e della legalità.		Formazione ed aggiornamento annuale in materia di prevenzione della corruzione per gli operatori S.P.P.		annuale	Numero di partecipanti al corso di formazione
					Audit interni trimestrali per confrontarsi sulle modalità operative adottate		Trimestrali	N° di audit

GOVERNO DELLE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
	Liquidazione competenze economiche dei Medici delle Commissioni Medcina Legale	Corrispondenza tra emolumenti richiesti ed importi liquidati	Liquidazione superiore alle evidenze documentali	Medio/Basso		Controllo prima dell'emissione del mandato di pagamento da parte di altra UOC		100% delle pratiche
						incontri per promozione dell'etica	Annuale	n° incontri
					regolamento delibera 189/2012 UOC Medicina Legale		Costante	
					Misure di rotazione		Annuale	100% delle pratiche
	Procedura di attribuzione della qualifica di UPG ai Tecnici della Prevenzione	Verifica/valutazione del possesso dei requisiti per l'attribuzione della qualifica di UPG da parte del Prefetto	Omessa acquisizione di dichiarazione sostitutiva di assenza di condanne.Attribuzione di qualifica e connessi benefici economici a soggetti non legittimati	Medio/Basso	Controllo sulle autodichiarazioni		Annuale	100%
					Incontri di formazione per promozione dell'etica e formazione anticorruzione		Annuale	n° partecipanti sul totale soggetti interessati

ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

CONTRATTI PUBBLICI

PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISC.	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
Programmazione della gara	Programmazione della gara prima della scadenza dei contratti	Proroghe immotivate	Alto		Controllo di gare in scadenza mediante verifica sulle gare di importo superiore a € 1.000.000,00.	Annuale	n°controlli effettuati sul n° gare
					Invio reportistica RPCT	Semestrale	Presenza o meno del report
	Stato di attuazione della programmazione	Proroghe immotivate	Medio		Sviluppo di reportistica recante lo stato delle gare programmate in scadenza di importo superiore ad €1.000.000,00. Invio reportistica a RPCT	Annuale	n°controlli effettuati sul n° gare in scadenza
Affidamenti diretti ex art.36 comma 2 lett.A) del D.lgs.N.50/2016 e S.M.I.	Scelta del contraente	Concentrazione degli affidamenti su unico operatore economico	Medio		Controlli e verifiche dell'affidatario e di eventuale attivazione di procedura negoziata per le gare comprese tra euro 30.000,00 ed euro 40.000,00	Annuale	n°controlli effettuati sul n° gare
					Invio reportistica a RPCT	Semestrale	Presenza o meno del report
	Elaborazione dei fabbisogni da utilizzare per la procedura	Elaborazione dei fabbisogni in modo da evirare l'identificazione di specifico fornitore	Alto		Verifica e controlli dei modelli utilizzati per le richieste per gli acquisti tra €30.000,00 ed €40.000,00	Annuale	n°controlli effettuati sul n° richieste
					Invio reportistica al RPCT	Annuale	Presenza o meno del report
Procedura negoziata senza previa pubblicazionedi bando di gara per ragioni di estrema urgenza	Determinazione dei fabbisogni	Le ragioni d'urgenza sottese alla scelta della procedura non derivano da fatti oggettivi ed imprevedibili ma da circostanze imputabili alla Stazione Appaltante	Medio		Predisposizione di modello tipo da far compilare ai servizi richiedenti – per importi superiori a € 40.000,00 i.e., al di fuori dei casi riconducibili al Covid ,in cui siano attestate sia le ragioni d'urgenza sottese all'acquisto sia l'indifferibilità dell'approvvigionamento rispetto alla programmazione degli acquisti da parte della Stazione Appaltante	Annuale	Controllo sul 100% delle pratiche
					Pubblicazione della modulistica predisposta		100%
	Verifica dei fabbisogni oggetto di procedura d'urgenza	Inserimento di fabbisogni per i quali sarebbe possibile utilizzare la procedura ordinaria a garanzia della massima partecipazione e trasparenza			Verifica delle procedure d'urgenza poste in essere – al di fuori dei casi riconducibili all'emergenza Covid-di importo superiore ad €40.000 i.e.	Annuale	Controllo sul 100% delle pratiche
					Invio reportistica al RPCT	Annuale	Presenza o meno del report

AMMINISTRAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Acquisizione di personale in relazione all'emergenza COVID	Procedura di selezione	Uso distorto delle deroghe legislative e discrezionalità nella valutazione dei candidati	Medio		Rispetto delle procedure definite. Coinvolgimento di più UO aziendali in tutte le fasi del processo	Annuale	Report attività
					Pubblicazione atti nella sezione Avvisi e Concorsi del sito istituzionale		Costante	100%
	Reclutamento del personale per concorso pubblico e pubbliche selezioni	Indizione concorso	Condizionamento delle scelte organizzative relativamente dai posti da coprire	Medio	Monitoraggio relativo a tutte le figure professionali da assumere - predisposizione piano dei fabbisogni		Annuale	n° assunzioni fuori della programmazione
					Pubblicazionie atti inerenti la nomina delle Commissioni Esamininatrici,criteri di valutazione dei titoli ecc..		Costante	100%
		Svolgimento concorso	Inosservanza delle regole procedurali		Predisposizione chiara e trasparente delle modalità di espletamento della procedura e dei criteri di valutazione; massima diffusione dello stato dell'arte del concorso sul sito aziendale		Annuale	Pubblicazione dati
					Pubblicazione dei provvedimenti sulla procedura concorsuale quale la nomina delle commissioni e pubblicazione dei criteri di valutazione dei titoli e dei criteri adottati nelle prove di esame		Costante	Pubblicazione dati
INCARICHI E NOMINE	Attribuzione di incarichi dirigenziali	Proposte di conferimento:valutazione e controllo	Attribuire progressioni di carriera motivandole in maniera generica al fine di favorire specifici candidati.	Basso	Predisposizione chiara e trasparente delle modalità di espletamento delle procedure,		Costante	n°controlli effettuati sul n° pratiche
					Adozione di regolamenti aziendali che disciplinano le modalità di espletamento delle relative procedure		Annuale	Verifica adozione regolamento
		Conferimento incarichi:adozione atto deliberativo	Attribuire progressioni di carriera motivandole in maniera generica al fine di favorire specifici candidati.		Più figure nella gestione del procedimento(istruttore-Respondsabile del procedimento-Direttore U.O.)		Costante	n° controlli effettuati sul n° pratiche

CONTABILITÀ E BILANCIO

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
GESTIONE ENTRATE SPESE E PATRIMONIO	Ciclo passivo	Registrazione fatture passive e altre registrazioni contabili	Ritardo o mancata registrazione delle fatture e registrazioni contabili, omissione controlli e false/inesatte registrazioni contabili	Basso	Obbligo di segnalazione e di astensione in ogni caso in cui possa configurarsi un conflitto di interesse		Annuale	n° di astensioni
					Controlli a campione sulle attività di registrazione delle fatture e sulle registrazioni in prima nota		Semestrale	Controlli n° 5 fatture e n°2 prime note al mese
					Formazione su anticorruzione e aggiornamenti normativi del sistema operativo AREAS		Annuale	100% personale
		Emissione del mandato di pagamento	Gli addetti alla predetta attività potrebbero accelerare o ritardare l'attività, non rispettando l'ordine cronologico,favorendo o ritardando l'emissione del mandato di pagamento	Medio-basso	Tracciabilità e pubblicazione su "Amministrazione trasparente" dei dati sui pagamenti		Trimestrale	Controlli sul 10%
					Controlli a campione sui mandati emessi		Semestrale	
					Formazione su anticorruzione e aggiornamenti normativi del sistema operativo AREAS		Annuale	100% personale
					Astensione dall'emissione del mandato in caso di parentela o di rapporto stretto		Costante	n° di astensioni
	Bilancio	Predisposizione degli atti di bilancio (conto economico,stato patrimoniale e nota integrativa)	Omessa o diminuita rilevazione di crediti dell'ente nei confronti di terzi debitori	Medio	Analisi ed esame del mastro contabile,verifica di utilizzo dei fondi rischi, controlli dell'organo revisore		Trimestrale	esito dell'audit Pac
					Pubblicazione su A.T. del bilancio consuntivo		Annuale	
					Formazione su anticorruzione e aggiornamenti normativi del sistema operativo AREAS		Annuale	100% personale
		Assegnazione e monitoraggio budget di spesa	Assegnazione e ripartizione dei fondi non equa,favorendo una U.O. rispetto ad un'altra, falso monitoraggio del budget di spesa	Basso	Verifiche di utilizzo budget di spesa		Trimestrale	100% delle pratiche
					Formazione su anticorruzione e aggiornamenti normativi del sistema operativo AREAS		Costante	% ritardati pagamenti

SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
FARMACEUTICA	Vigilanza sulle farmacie convenzionate pubbliche e private , sui depositi farmaceutici e sulle parafarmacie	programmazione ispezioni ordinarie e le ispezioni straordinarie immediate	Omettere di segnalare, in cambio di favori o di denaro, eventuali anomalie (farmaci scaduti o non più utilizzabili, fustelle staccate dalle relative confezioni ecc.)	Basso	Visite ispettive ordinarie e straordinarie		Annuale	5 controlli/anno
					Comunicazione alle farmacie di procedure e norme di nuova attuazione		Annuale	2/3 comunicazioni
	Controllo tecnico delle ricette e verifica sull'appropriatezza prescrittiva	Programmazione annuale dei farmaci oggetto del controllo e monitoraggio	omettere di segnalare eventuali inappropriatezze prescrittive riscontrate	Basso	Controllo a campione di ricette		Annuale	20%ricette /anno
	Controllo tecnico delle ricette di assistiti non residenti in Italia	Invio delle ricette agli uffici esteri, controllo tecnico e valorizzazione della spesa generata	Omettere di segnalare eventuali inappropriatezze prescrittive riscontrate a carico del medico prescrittore e/o della farmacia erogatrice	Basso	Controllo ricette CEE su appropriatezza prescrittiva e corretta compilazione		Semestrale	Controlli a campione su circa 800 ricette/anno

MEDICINA LEGALE

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	Attività certificativa della C.M.L. per rilascio certificazione per conseguimento/rinnovo patente di guida,esenzione cinture di sicurezza,porto d'armi	Accertamento sanitario e rilascio certificato medico,necessario ad ottenere i benefici di legge	Falsa attestazione del possesso dei requisiti richiesti dalla normativa	Basso	Integrazione di più operatori nel processo		Annuale	Integrazione operatori
					Procedura informatizzata per rilascio certificazioni			Report attività
	Visite per accertamento della invalidità civile con utilizzo software dell'INPS	Assegnazione automatica degli appuntamenti	Variazione delle date degli appuntamenti dagli operatori CMI	Basso	Informatizzazione, gestione degli appuntamenti e rintracciabilità dell'operatore che effettua variazioni a seguito di giustificata motivazione		Annuale	Controlli su 100% delle variazioni
					Controlli sulle variazioni effettuate dagli operatori sugli elenchi degli appuntamenti		Annuale	Report attività
		Visita , redazione del verbale e trasmissione all'INPS	Possibile conflitto di interessi non dichiarato			Intensificare la formazione degli operatori sulla cultura della legalita'	Annuale	n° partecipanti sul totale soggetti interessati
					Controllo verbali redatti dalla CMI		Annuale	Controllo su100% dei verbali

MEDICINA PENITENZIARIA

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	Relazione sanitaria richiesta dall'autorità giudiziaria per giudizio di incompatibilità del detenuto con il regime detentivo	Segnalazione di propria iniziativa da parte del Medico del PSP dello stato di salute di un detenuto	Inappropriatezza della richiesta per ottenere un beneficio non spettante	Basso	Supervisione delle attività da parte del Responsabile del PSP.Controlli e monitoraggio delle attività		Semestrale	AUDIT e Controllo sul 100% delle relazioni
		Redazione del verbale dopo visione della documentazione sanitaria e visita del detenuto	Favorire il detenuto	Medio	Supervisione delle attività da parte del Responsabile del PSP.Monitoraggio delle relazioni		Semestrale	Controllo sul 100% delle relazioni
CONTRATTI PUBBLICI	Liquidazioni prestazioni odontoiatriche per protesi dentarie a favore dei detenuti	Predisposizione di un budget annuale per visite odontoiatriche	Sovrastimare discrezionalmente il budget destinato ai vari PSP	Medio	Distribuzione budget in base al numero di detenuti e loro condizioni sociali.Report riepilogativo dell'attività svolta		Annuale	Report attività
		Realizzazione da parte dello specialista del manufatto protesico e relativo impianto	Utilizzo di materiale inadeguato o scadente	Medio	Lo specialista odontoiatra è convenzionato con il SSN.Richiesta per ogni prestazione eseguita una certificazione ISO di qualità sul manufatto realizzato		Annuale	Controllo 100% delle certificazioni

DIPENDENZE PATOLOGICHE - Ser.D.

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISC	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI	Rapporti contrattuali con i privati accreditati per la riabilitazione delle persone con dipendenze patologiche	Scelta del privato accreditato	Scelta inappropriata della struttura o scelta ripetuta della stessa struttura	basso	Standardizzazione e rafforzamento procedure; coinvolgimento di almeno 2 operatori nella definizione del progetto		Annuale	100%
		Valutazione finale per conclusione o proroga del contratto	Proroghe inappropriate		Verifica a campione degli inserimenti		Trimestrale	Report attività
					Verbalizzazione del progetto nelle riunioni di equipe		Annuale	Report attività
					Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi		Annuale	100% delle dichiarazioni
ALPI	Attività Libero professionale ai fini certificativi per idoneità alla guida da produrre alla CommissioneMedica Locale (CML)	Erogazione della prestazione	Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Basso	Visite eseguite esclusivamente in ambulatori Ser.D.		Costante	Totale visite
					Controlli delle timbrature a campione		Trimestrali	Controllo 100%delle timbrature
		Rilascio certificazione	Trattamento più favorevole	Basso	Rotazione del personale per le visite istituzionali		Mensile	Report attività
					Verifiche a campione delle certificazioni prodotte		Semestrale	Quadrimestrale sul 40% delle certificazioni

INVESTIMENTI PATRIMONIO E MANUTENZIONE

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
CONTRATTI PUBBLICI	Programmazione triennale LLPP ed annuale dei fabbisogni	Analisi e definizione del fabbisogno ex art.21 D.Lgs. 50/2016	Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità emancato rispetto dei tempi di attuazione delle procedure	Medio-alto	Verifica del rispetto dei tempi e modalità di attuazione piani di investimento		Semestrale	Controlli sul 100%
					Pubblicazione sul profilo istituzionale degli strumenti di programmazione		Annuale	Pubblicazione entro il 30 novembre dell'anno
						Incontri periodici di responsabilizzazione attività e programmi	Semestrale	n° incontri
					Incontri con la Direzione Generale prima di approvare gli strumenti programmatori		Annuale	n° incontri
					Incrementare a livello aziendale le attività di formazione		Semestrale	n° partecipanti su numero corsi
						Nuove figure dirigenziali,ulteriormente incrementate le misure di rotazione nel conferimento degli incarichi di RUP	Annuale	n° di incarichi ruotati sul totale
					Acquisizione dichiarazioni di conflitto di interessi per ogni procedimento		Annuale	Verifica 100% trimestrale
		Rendicontazione del contratto	Assegnazione incarico a soggetti non competenti	Medio - basso	Controlli sull'assegnazione degli incarichi		Semestrale	Controllo sul 100%
					Pubblicazione degli elementi e dati su affidamenti diretti		Semestrale	100%
					Incontri periodoci di responsabilizzazione attività e programmi		Semestrale	n° incontri
					Attività di formazione in particolare ai RUP incaricati di funzioni tecniche		Semestrale	n° partecipanti sul totale soggetti interessati
					Nuove figure dirigenziali,ulteriormente incrementate le misure di rotazione nel conferimento degli incarichi di RUP		Annuale	n° di incarichi ruotati sul totale
					Acquisizione dichiarazioni di conflitto di interessi per ogni procedimento		Annuale	Verifica 100% trimestrale
		Le fasi delle procedure sono indicate Art. 32 D.Lgs.50/2016.Selezione del contraente	Affidamento del contratto in difformità a quanto previsto e nel rispetto degli strumenti di programmazione	medio-basso	Controllo degli atti di gara predisposti per ogni singola procedera avviata		Semestrale	Controlli sul 50% delle gare
					Incontri periodoci di responsabilizzazione attività e programmi		Semestrale	n° incontri
					Nuove figure dirigenziali,ulteriormente incrementate le misure di rotazione nel conferimento degli incarichi di RUP		Annuale	n° di incarichi ruotati sul totale

INVESTIMENTI PATRIMONIO E MANUTENZIONE							
PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
Programmazione triennale LLPP ed annuale dei fabbisogni			medio-basso	Acquisizione dichiarazioni di conflitto di interessi per ogni procedimento		Annuale	n° di dichiarazioni
	Selezione del contraente con affidamenti diretti sotto soglia minima ex art.36 D.Lgs.50/2016	Elusione delle regole minime di concorrenza. Abuso del ricorso agli affidamenti in economia al di fuori delle ipotesi previste dalla legge e dal regolamento aziendale		Acquisizione dichiarazioni di conflitto di interessi per ogni procedimento		Annuale	Verifica 100% trimestrale
				Acquisizione dichiarazioni di conflitto di interessi per ogni procedimento		Annuale	n° dichiarazioni /n° di gare
				Pubblicazione su profilo aziendale degli elementi e dati sugli affidamenti diretti		Semestrale	n° di pubblicazioni
	Fase della progettazione Affidamento incarichi infra Euro 40.000,00/100.000,00	Utilizzo di procedure idonee ad affidamenti volti a favorire un determinato professionista	Medio - basso	Nuove figure dirigenziali,ulteriormente incrementate le misure di rotazione nel conferimento degli incarichi di RUP		Annuale	n° di incarichi ruotati sul totale
				Acquisizione dichiarazioni di conflitto di interessi per ogni procedimento		Semestrale	Report attività
				Corretto utilizzo dell'Albo e pubblicazione sul profilo aziendale e su PERLA PA la natura ,l'importo e l'oggetto dell'incarico		Annuale	Controllo sul 100% degli incarichi
	Nomina dei responsabili di procedimento e/o incaricati di istruttoria procedimentale	Responsabili privi delle necessarie competenze	Basso	Rotazione degli incarichi di RUP		Costante	n° incarichi ruotati sul totale
				Pubblicazione sul sito aziendale delle nomine		Annuale	presenza o meno del report

INVESTIMENTI PATRIMONIO E MANUTENZIONE							
PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
Investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie:certificato di fine lavori attestante l'avvenuta esecuzione ed atti di collaudo	Programmazione triennale LL.PP. E annuale dei fabbisogni ex art.21D.lgs.50/2016 e ss.mm.ii.		Medio-alto	Verifica del rispetto dei tempi e modalità di attuazione piani di investimento		Semestrale	comntrolli sul 100%
				Pubblicazione sul profilo istituzionale degli strumenti di pianificazione e programmazione degli interventi		Annuale	Pubblicazione delibera di approvazione
					Incontri periodici sullo stato di attuazione dei programmi con i vari Rup per una maggiore responsabilizzazione	Semestrale	n° incontri
				Con la nomina formalizzata di nuove figure professionali tecniche dirigenziali è stato incrementato il principio di rotazione		Annuale	n° di incarichi ruotati sul totale
	Incarico di collaudatore dell'opera per appalti di importo superiore alle soglie previste	Attribuzione dell'incarico di collaudatore a persone non qualificate	Medio- alto	Verifica del rispetto dei tempi e delle modalità previste per l'approvazione degli atti		Costante	n° controlli su n° pratiche
					Incontri periodici sullo stato di attuazione dei programmi con i vari Rup per una maggiore responsabilizzazione	Semestrale	n° incontri
				Attività formative per i Rup e personale dedicato		Annuale	n° corsi
				Con la nomina formalizzata di nuove figure professionali tecniche dirigenziali è stato incrementato il principio di rotazione		Annuale	n° di incarichi ruotati sul totale
	Predisposizione degli atti di contabilità finale dell'opera al fine di consentire al collaudatore nominato la predisposizione del certificato di collaudo dell'opera appaltata.nei caso di interventi ex art.20 L.67/88 le relazioni acclaranti il finanziamento ed i rapporti con l'Ente finanziatore (Stato-Regione ecc)	Collaudo delle opere non conforme al progetto	Medio-alto	Verifica del rispetto dei tempi di predisposizione ed approvazione SAL e documenti di contabilità finale dell'opera		Semestrale	Controlli sul 100%
				Pubblicazione degli atti di approvazione della contabilità finale		Annuale	Pubblicazione delibera di approvazione
					Incontri periodici in merito al singolo intervento appaltato per verifica lo stato di attuazione e l'andamento del cantiere	Semestrale	n° incontri
				Con la nomina formalizzata di nuove figure professionali tecniche dirigenziali è stato incrementato il principio di rotazione		Annuale	n° di incarichi ruotati sul totale
Liquidazione	Liquidazione di prestazioni erogate dai fornitori di beni e servizi ed esecutori lavori	Mancanza di controlli effettivi articolati su più livelli procedurali	Medio-basso	Controlli plurimi effettuati da soggetti diversi		Semestrale	controllo a campione sul 30% delle liquidazioni
				incontri periodici di responsabilizzazione attività e programmi		Semestrale	n° incontri
				acquisizione dichiarazioni di conflitto di interessi per ogni procedimento		Costante	100% delle procedure

QUALITA' ACCREDITAMENTO E RISK MANAGEMENT

PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
Supporto alla Direzione Generale per la negoziazione e verifica degli obiettivi di budget	Definizione obiettivi alle UU.OO.	Scelta di obiettivi inappropriati per la struttura	Basso	Partecipazione delle U.O. alla definizione degli obiettivi di budget		annuale	evidenza delle schede di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle diverse UU.OO.
				Presenza di più interlocutori nel processo			
	Valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle UU.OO.	Valutazione positiva anche in caso di scarsa performance		Partecipazione di tutto il personale della U.O. alla valutazione degli obiettivi;analisi definitiva e attribuzione degli incentivi demandata a OIV			
Redazione di procedure, protocolli ed istruzioni operative per migliorare l'appropriatezza delle attività sanitarie	Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare	Possibile arbitrarietà nella scelta dei componenti	Basso	Supervisione e verifica delleattività del GdL da parte dei componenti della U.O.		annuale	Evidenza di redazione dei verbali delle riunioni del Gruppo di Lavoro
	Redazione del documento specifico	Inserimento di contenuti che favoriscono l'acquisizione di prodotti onerosi non necessari		Partecipazione di tutte le figure interessate all'applicazione di quanto indicato dal documento			

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
Predisposizione documentazione di supporto per la valutazione dell'OIV	Rilevazione ed elaborazione di dati e informazioni di competenza dell'U.O.	Trasmissione dati non conformi a quelli effettivi per favorire una UO nel raggiungimento di uno o più obiettivi	Medio – basso	Processo frazionato e dati estratti dai sistemi informativi ed elaborati sotto la supervisione del direttore della U.O.Rendere direttamente possibile all'OIV la visione dei dati sul sistema informativo		Annuale	Accesso dello OIV al sistema informativo
	Rilevazione ed elaborazione di dati e informazioni di competenza di altre UU.OO.	Trasmissione dati non conformi a quelli effettivi per favorire una UO nel raggiungimento di uno o più obiettivi		Coinvolgimento di più UU.OO.Rendere direttamente disponibile all'OIV le rendicontazioni da parte delle altre UU.OO.		Annuale	Accesso dello OIV ai dati prodotti dalle altre u.o.
Predisposizione schede di budget	Definizione degli obiettivi da assegnare	Inserimento nella scheda di budget di una UO, di indicatori che consentano alla stessa un più agevole raggiungimento dell'obiettivo negoziato	Medio – basso	Obiettivi individuati con il supporto del comitato di budget e assegnati come previsti nel Piano delle performance e negli strumenti di programmazione.predisposizione da parte del comitato Budget di indirizzi gestionali nel processo di definizione degli obiettivi		annuale	Indirizzi di guida per la definizione degli obiettivi
	Determinazione degli indicatori per misurare il raggiungimento degli obiettivi	Inserimento nella scheda di budget di una UO, di indicatori che consentano alla stessa un più agevole raggiungimento dell'obiettivo negoziato		Standardizzazione degli indicatori .Migliorare la standardizzazione degli indicatori		annuale	n° di indicatori da standardizzare

VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI	Controlli di appropriatezza,congruità e legittimità delle prestazioni sanitarie ospedaliere erogate dalle Case di cura private accreditate e dai presidi ospedalieri aziendali	Estrazione di cartelle /impegnative prodotte, che saranno oggetto di controllo	Esito favorevole alla struttura in caso di riscontro di mancata ottemperanza alla normativa vigente in materia	Alto	Accertamento sulla mancanza di conflitto di interessi del personale medico nello svolgimento dei controlli		bimestrali/trimestrali	Controlli sul 100% delle dichiarazioni annuali
					Rotazione e responsabilizzazione del personale			Rotazione del personale medico della U.O. su tutti i setting assistenziali
		Controllo della documentazione, presso la stessa Struttura,e relazione di verbale ispettivo	Giudizio di esito favorevole alla struttura in caso di riscontro di mancata ottemperanza alla normativa vigente in materia	Alto	Accertamento sulla mancanza di conflitto di interessi del personale medico nello svolgimento dei controlli			Controlli sul 100% delle dichiarazioni annuali
					Rotazione e responsabilizzazione del personale			Rotazione del personale medico della U.O. su tutti i setting assistenziali
	Verifiche ispettive su appropriatezza,congruità e legittimità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture sanitarie private accreditate.RSA,RP, di riabilitazione psichiatrica ex art.26	Estrazione di cartelle /impegnative prodotte, che saranno oggetto di controllo	Giudizio di esito favorevole alla struttura in caso di riscontro di mancata ottemperanza alla normativa vigente in materia	Alto	Accertamento sulla mancanzadi conflitto di interessi del personale medico nello svolgimento dei controlli		trimestrali	Controlli sul 100% delle dichiarazioni annuali
					Rotazione e responsabilizzazione del personale			Rotazione del personale medico della U.O. su tutti i setting assistenziali
		Controllo della documentazione, presso la stessa Struttura,e relazione di verbale ispettivo	Giudizio di esito favorevole alla struttura in caso di riscontro di mancata ottemperanza alla normativa vigente in materia	Alto	Accertamento sulla mancanzadi conflitto di interessi del personale medico nello svolgimento dei controlli			Controlli sul 100% delle dichiarazioni annuali
					Rotazione e responsabilizzazione del personale			Rotazione del personale medico della U.O. su tutti i setting assistenziali

GOVERNO LISTE DI ATTESA

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
LISTE D'ATTESA	Attività libero professionale intramuraria	Allineamento tempi di prenotazione/erogazione attività istituzionale ai tempi medi ALPI	Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi 7 esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	Medio-basso		Nella fase di autorizzazione delle agende di L.P. la UOC verifica la congruità della richiesta in L.P. con l'attività istituzionale (volumi e tempi d'attesa) e monitora tali dati nel proseguio dell'attività segnalando al professionista eventuali disallineamenti dei tempi	da maggio 2022	n.187 controlli su n° 187 pratiche
					Rotazione di n° 2 addetti all'attività		semestrale	n° di incarichi ruotati sul totale
	Liste d'attesa	Monitoraggi tempi d'attesa (ex post,ex ante, interno)	Modifica del dato estratto dal sistema informatico	Basso	Controllo sistematico del rispetto delle procedure vigenti e verifiche ex post		costante	verifica sistemica
		Attivazione e gestione delle agende ambulatoriali (SSN-ALPI)	Possibile discrezionalità nella configurazione delle agende in ALPI	Basso	Controllo sistematico del rispetto delle procedure vigenti		costante	aggiornamento agende
					Rotazione degli operatori addetti al servizio		semestrale	n° di incarichi ruotati sul totale
		Gestione disponibilità posti riservati classi di priorità non occupati	Possibile discrezionalità dell'operatore	Basso	Controllo sistematico del rispetto delle procedure vigenti		costante	verifica sistemica
					Rotazione degli operatori addetti al servizio		semestrale	n° di incarichi ruotati sul totale
		Verifiche sul pagamento del ticket degli utenti che non si presentano a sostenere una prestazione prenotata	Possibile omissione del rilevamento del processo	Basso	Controllo sistematico del rispetto delle procedure vigenti		mensile	80% dei casi fuori norma
		Reportistica aziendale	Modifica del dato estratto dal sistema informatico	basso	Controllo sistematico del rispetto delle procedure vigenti e controllo ex post rispetto ai dati ottenuti		annuale	Report attività

FARMACIA OSPEDALIERA

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
FARMACEUTICA	Spesa farmaceutica	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva dei farmaci	Favorire la prvalenza/distribuzione di determinati farmaci	Medio	Controlli dei piani terapeutici pervenuti dai medici prescrittori		Annuale	report attività
	Partecipazione a commissioni di gara	Descrizione e specifiche del farmaco/dispositivo	Elaborazione del capitolato di gara interessi in conflitto	medio		Rotazione dei farmacisti ove possibile	annuale	n° di incarichi ruotati sul totale
						Acquisizione dichiarazioni di conflitto di interessi per ogni gara		n° dichiarazioni /n° di gare

GOVERNO ATTIVITA' AMMINISTRATIVE PP.OO. E FORMAZIONE

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
ALPI	Accesso a prestazioni sanitarie in ALPI	Autorizzazioni ALPI e liquidazioni compensi	Errato/omesso controllo per favorire alcuni professionisti	Medio/Basso		Rotazione del personale addetto ai controlli dei cartellini presenze assenze	Mensile	100% dei controlli ad ogni liquidazione
CONTRATTI PUBBLICI	Acquisti per contanti di articoli di modesta entità economica, non presenti su contratti aperti	Scelta del contraente	Mancato rispetto delle procedure previste nel regolamento aziendale	Basso	Richiesta di preventivo con interpello di più ditte quando possibile	Attivare ove possibile il principio di rotazione tra più ditte; utizzo canali informatici per comparazione offerte	annuale	Rotazione delle Ditte
	Formazione	Pianificazione, organizzazione attivazione dei corsi di formazione aziendali	Orientare la scelta verso alcune offerte	Basso	Applicazione di procedure interne redatte dal Comitato scientifico	Adozione di un regolamento aziendale	2022/2023	Adozione regolamento
		Autorizzazione personale dipendente a corsi esterni(master e/o corsi di perfezionamento)	Favorire discrezionalmente dei dipendenti piuttosto che altri	Basso	Applicazione di procedure interne redatte dal Comitato scientifico	Adozione di un regolamento aziendale	2022/2023	Adozione regolamento

AFFARI LEGALI

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
	Attività Giudiziaria	Conferimenti incarichi ai Legali	Corruzione o Concussione	Alto		Per i sinistri materia sanitaria estendere la gestione del contenzioso da parte dell'assicurazione anche alle vertenze sotto la franghigia. Per gli altri dotarsi di un numero adeguato di legali interni all'ente per la gestione (almeno parziale) delle vertenze.	annuale	Modifica contratto con l'assicurazione vigente o inserimento dell'estensione del contenzioso sotto franchigia/SIR nel nuovo bando da pubblicare in vista della scadenza contrattuale al 3.12.2022.Assunzione di un numero di avvocati da verificare seguendo le indicazioni della Direzione strategica.

COMITATO ETICO

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
FARMACEUTICA	Autorizzazione allo svolgimento di sperimentazioni cliniche	Rilascio parere all'autorizzazione allo svolgimento di sperimentazioni cliniche	Interferenza dello sponsor farmaceutico sul relatore della sperimentazione	Basso	Dichiarazione preventiva su conflitto di interessi da parte di tutti i componenti il comitato	Esplicitate nella convenzione le sanzioni nelle quali si incorre falsificando i risultati sperimentali	2022	Come da Convenzione
	Liquidazione proventi	Ripartizione dei proventi derivanti dalle convenzioni con sponsor privati per la conduzione di sperimentazioni cliniche	Possibilità di cointeressenze tra sponsor e il Principal Investigator	Basso	Controllo esatta ripartizione da parte del Dirigente Amministrativo del Comitato Etico in fase di adozione della liquidazione dei compensi.	Controllo e sottoscrizione da parte del Dirigente Referente per il Comitato Etico della proposta di ripartizione effettuata dal P.I.	2022	Proposta di un regolamento
		Compensi per attività di sperimentazione svolta dal personale amministrativo/sanitario dipendente ASL	Doppio compenso per lavoro svolto nello stesso arco temporale, per svolgimento attività di sperimentazione durante l'attività ordinaria	Basso	Autodichiarazione preventiva di impegno a svolgere lo studio al di fuori dell'orario di lavoro.	Controlli trimestrali	2022	Proposta di regolamento Controlli sul 100%

FISICA SANITARIA

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURA IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
CONTRATTI PUBBLICI	Gare di appalto per acquisto apparecchiature/strumentazioni /servizi di natura tecnica	Redazione capitolato	Capitolato redatto in modo da favorire alcune ditte rispetto ad altre	Medio – basso	Rotazione del personale che partecipa alla commissione tecnica; fornire identica modulistica tecnica per effettuare un confronto più obiettivo possibile		Annuale	n° di incarichi ruotati sul totale
		Valutazione delle offerte delle ditte	Valutazioni opportuni/discrezionali		Rotazione del personale che partecipa alla commissione tecnica; Attribuzione di punteggi solo in base al questionario tecnico presente nel capitolato		Annuale	
FARMACEUTICA	Fuori uso apparecchiature radiologiche	Controlli di qualità apparecchiature radiologiche	A seguito di controllo concordare con il Direttore di U.O. gli esiti di alcuni controlli al fine di far acquistare nuove apparecchiature	Basso	Controlli svolti contemporaneamente da 2 operatori .		Annuale	Report attività
		Report sugli esiti dei controlli effettuati	Redazione di report non veritieri		Esecuzione controlli in base alla normativa vigente o in base ai protocolli tecnici internazionali		Annuale	
					Controlli tracciabili e conservati per svariati anni		Annuale	

ADI

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURA IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	Valutazione del bisogno assistenziale-predisposizione del Piano Assistenziale(PAI)Predisposizione Piano Operativo (PO)	Predisposizione del Piano Operativo (PO) con committenza pacchetti infermieristici	Predisposizione di un Piano Operativo PO) con committenza di pacchetti infermieristici di peso maggiore e/o più numerosi rispetto al reale fabbisogno del paziente	Medio		Controllo a campione della congruenza fra il Piano Assistenziale (PAI) e il Piano Operativo (piano committenza pacchetti professionali)	Annuale	Controllo 100%
RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI		Predisposizione del Piano Operativo (PO) con committenza "pacchetti " assistenziali riabilitativi	Predispossizione di un piano Operativo (PO) con committenza di pacchetti riabilitativi di peso maggiore e/o più numerosi rispetto al reale fabbisogno del paziente	Medio		Controllo a campione della congruenza fra il Piano Assistenziale (PAI) e il Piano Operativo (piano committenza pacchetti professionali)	Annuale	Controllo 100%

CURE PALLIATIVE

	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURA IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
LISTE D'ATTESA	Ricovero in Hospice	Iscrizione del paziente in lista d'attesa	Familiarità con il paziente e/o paziente visitato in ALPI	Medio	Rispetto dei criteri specifici di ammissione.Controllo diretto del responsabile della UOC.Discussione in equipe dei casi in attesa	Briefing periodici	annuale	Controlli 100%
		Ricovero in urgenza programmata	Familiarità con il paziente e/o paziente visitato in ALPI		Controllo diretto del responsabile di ogni proposta di ricovero. Codificazione della giusta causa del ricovero			Controlli 100%ricoveri
DECESSO INTRAOSPEDALIERO	Decesso in Hospice	Comunicazione decesso ai familiari	Possibile presenza di terzi al momento della comunicazione	Alto	Controlli da parte del personale apicali,medico ed infermieristico		annuale	Report comunicazioni/decessi
						Redazione e applicazione istruzioni operative	annuale	Report e n° di regolamenti
					Briefing periodici			n° incontri
						Incontri specifici di formazione		n° partecipanti su n° corsi
		Richiesta da parte dei familiari di nominativo di impresa funebre	Familiarità di operatori con collaboratori di agenzia funebre	Alto	Disponibilità elenchi telefonici ai familiari		annuale	Report comunicazioni/decessi
						Redazione e applicazione istruzioni operative		Report e n° di regolamenti
					Briefing periodici			n° incontri
						Incontri specifici di formazione		n° partecipanti su n° corsi

SERVIZIO TRASFUSIONALE AZIENDALE

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
FARMACEUTICA	Utilizzo farmaci dispositivi medici	Prescrizione e utilizzo di farmaci e dispositivi medici	uso improprio o eccessivo di dispositivi monouso	Basso	Verifiche e controlli sulle richieste e sui consumi		Annuale	Controllo sul 100% delle prescrizioni
					scelta e dosaggi farmaci e consumi dispositivi			Report dei consumi
	Acquisizione farmaci ad alto costo (antiemorragici)	Prescrizione farmaci plasmaderivati o ricombinati	Scelta del farmaco favorendo determinate ditte farmaceutiche	Basso	verifiche approntamento piani terapeutici		Annuale	controlli 100% dei piani terapeutici
					scelta e dosaggi farmaci			Controllo sul 100% delle prescrizioni

SERVIZIO TRASFUSIONALE TERRITORIALE

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
CONTRATTI PUBBLICI	Gare per approvvigionamento beni e servizi	Definizione del fabbisogno	Definizione del fabbisogno non rispondente alla reale necessità	Medio-basso	Programmazione annuale dei fabbisogni		annuale	Monitoraggio e controllo su 100% delle richieste di materiale
		Redazione capitolato	Definizione dei requisiti di partecipazione al fine di favorire una specifica ditta	Medio-basso	Maggiore oggettività nella verifica dei requisiti		annuale	Rotazione del personale per stesura appalti
					Rotazione semestrale personale che partecipa alla stesura dei capitolati			
					Espletamento di gare di appalto più frequenti			

RADIOLOGIA E RADIOTERAPIA

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
LISTE D'ATTESA	Programmazione esami PET tramite CUP di 2° livello	Verifica appropriatezza delle richieste ed eventuale attribuzione di priorità	Favorire determinati utenti	Basso	Controlli condivisi con i medici nucleari e rispetto linee guida aggiornate		Annuale	controllo sul 100%
	Liste di attesa per trattamenti radioterapici	Inserimento nelle liste di attesa	Favorire determinati utenti non rispettando criteri di priorità clinica	Medio	Monitoraggio delle liste di attesa al 1° e 15° giorno del mese		2 volte al mese	controllo sul 100%
					Comunicazione preventiva in sede di prima visita radioterapica dei tempi di attesa sulla base dei criteri di priorità		Costante	
	Liste di attesa per esami radiologici	Inserimento pazienti nelle liste di attesa per esecuzioni esami	Favorire determinati utenti non rispettando criteri cronologici e di priorità clinica, esecuzione esami evitando la programmazione CUP	Medio	Controllo delle liste di attesa e comunicazione tempestiva di alterazione delle liste di attesa		Trimestrale	controllo sul 100%
					Valutazioni criteri di priorita' clinici e diagnostici per distinzione (esami U-B-D-P)			

DIPARTIMENTO MEDICO

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
LISTE DI ATTESA	Visite ambulatoriali	Inserimento di visite urgenti	Favorire determinati utenti	Basso	Presenza di calendario centralizzato gestito dal CUP		semestrale	n. report inviati/anno
	Prenotazione esami endoscopici	Attribuzione criteri di priorità	Favorire determinati utenti	Basso	Revisione continua delle liste,spazi per urgenze "vere" in accordo con i reparti		Trimestrale	n° controlli effettuati su n° pratiche
					Rispetto liste CUP e attuazione procedura standard aziendale		Costante	report attività

DIPARTIMENTO CUORE

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
FARMACEUTICA	acquisizione farmaci	Gestione farmaci ospedalieri (richiesta alla UO di farmacia)	Richieste eccessive rispetto al fabbisogno,tipologie di farmaci ad alto costo di una specifica ditta farmaceutica	Medio/alto	controllo delle richieste di farmaci in relazione alle scorte/giacenze degli stessi farmaci nella UOC. Controllo scorte e scadenza.Dispensazione dei farmaci per dose unitaria su base individuale		Mensile	n° controlli effettuati su n° richieste
		Gestione farmaci ospedalieri (dispensazione ai pazienti)	Sottrazione di farmaci da parte degli operatori	Medio/alto	Controllo incrociato tra la fornitura dei farmaci e la dispensazione dei farmaci ai pazienti,attraverso il portale Sanitamica.Dispensazione farmaci per dose unitaria.		Mensile	rapporto tra farmaci forniti e farmaci dispensati
GEST. ENTR.SPESE E P.	Gestione devices	Custodia devices	Scelta device non appropriato; sottrazione device	Alto	Tracciabilità degli impianti effettuati; controllo bolla d'ingresso.Controllo numero e appropriatezza impianti		Semestrale	n° controlli effettuati su n° impianti

DIPARTIMENTO DEA

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI CON EFFETTO ECONOMICO	Ingresso paziente in Pronto Soccorso	Presa in carico con codice colore di priorità	Uscita del paziente con codice esente dal pagamento ticket	Medio-basso	Verifiche e controlli a campione		Semestrale	Controllo su 10% degli ingressi
		Dimissioni del paziente dal Pronto Soccorso	Assegnazione codice di gravità maggiore allo scopo di non far pagare il ticket previsto all'utente		Rivalutazione e controlli a campione delle prestazioni e dell'appropriatezza dell'assegnazione dei codici colore		Semestrali	controllo sul 10% degli ingressi

DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
LISTE D'ATTESA	Accesso diretto nelle attività ambulatoriali	Attribuzione di priorità ad alcuni pazienti	Facilitazione ed agevolazione di alcuni pazienti ,ridotto utilizzo CUP di II° livello	Medio	monitoraggio degli accessi		Semestrale	n°accessi diretti/su totale accessi
FARMACEUTICA	Prescrizione latti per neonati e lattanti	Indicazioni e prescrizioni	Inappropriatezza della prescrizione .Favorire una o più ditte produttrici di latte formulato	Basso	Annotazione nella cartella clinica del neonato del tipo di latte somministrato.Formazione e consenso informato per la promozione dell'allattamento al seno		Costante	n° di prescrizione latte /n° bambini dimessi
					Verifica da parte di ogni dirigente medico dell'appropriatezza del tipo di latte somministrato		mensile	Controllo 100%
					Rotazione delle ditte produttrici di latte formulato		Mensile	Report e n° di Ditte
	Prescrizione integratori vitaminici	Prescrizione di vitamine nei neonati alla dimissione dal nido	Prescrizioni inappropriate Favorire ditte produttrici di vitamine	Basso		informazione al paziente sull'ampia disponibilità di prodotti e rotazione delle prescrizioni	Costante	controllo sul 100%
					Controllo lettere di dimissioni	stabilire criteri di rotazione dei medici nelle dimissioni	Annuale	30% delle lettere di dimissioni e e repor sui criteri
					Prescrizioni di solo molecole attive		Annuale	controllo sul 30% delle lettere di dimissioni

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
LISTE D'ATTESA	Liste di attesa	Chiamata dei pazienti seguendo le classi di priorità	Inserimento di un paziente dando la precedenza su un altro non considerando la classe di priorità	Medio	Registro gestito da coordinatrice e controllato dai Dirigenti Medici. Monitoraggio		Semestrale	controllo sul 90% delle liste di attesa
	Proposta di ricovero,attribuzione criterio di priorità,inserimento nella lista	Aderenza al codice di urgenza	Definizione esatta della classe di priorità e mancanza posti letto in reparto	Basso	Controllo da parte del Direttore dell'UOC di tutti i pazienti inseriti nella lista con codici di priorità		Trimestrale	100% delle liste
						Proposta di regolamento interno al reparto	Annuale	adozione del regolamento
						Rotazione da parte di altri Dirigenti medici per controllo liste	Semestrale	n° di incarichi ruotati sul totale