



**Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**  
**AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta**  
**2019- 2021**

## INDICE

<b>1. FINALITÀ E ARTICOLAZIONE DEL DOCUMENTO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. RIFERIMENTI NORMATIVI E METODOLOGIA ADOTTATA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>3. CONSULTAZIONE: INDICAZIONI EMERSE .....</b>	<b>5</b>
<b>4. ANALISI DI CONTESTO .....</b>	<b>5</b>
<b>5. OBIETTIVI STRATEGICI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....</b>	<b>11</b>
<b>6. LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE NELL’A.O.: PROCESSO E RISULTATI.....</b>	<b>13</b>
<b>7. LA TRASPARENZA EX D.LGS 33/2013 E D.LGS. 97/2016.....</b>	<b>17</b>
7.1 PREMessa.....	17
7.2 OBIETTIVI STRATEGICI DELLA TRASPARENZA .....	17
7.3 FLUSSI INFORMATIVI E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE .....	18
7.4 VIGILANZA E MONITORAGGIO SULL’ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI.....	18
7.5. ACCESSO CIVICO .....	19
<b>8. ALLEGATI: .....</b>	<b>20</b>
8.1 CATALOGO DEI PROCESSI-RISCHI-MISURE.....	20
8.2 OBBLIGHI DI TRASPARENZA EX D.LGS. 33/2013 .....	20

## 1. FINALITÀ E ARTICOLAZIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento, denominato “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, AORN Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta, 2019 – 2021”, interviene ad aggiornare il precedente piano triennale alla luce di:

- Obiettivi strategici di anticorruzione e trasparenza, integrati nell’ambito del Piano delle Performance dell’AORN.
- Attuazione di alcune delle misure di prevenzione identificate nel PTPCT 2018-2020.
- Rimodulazione e progettazione di alcune delle misure di prevenzione identificate nel PTPCT 2018-2020, alla luce della valutazione di fattibilità realizzata e dei cambiamenti organizzazioni intercorsi nell’anno 2018.

Tale aggiornamento prosegue nell’ambito del percorso di sensibilizzazione, formazione e coinvolgimento dei dirigenti e degli stakeholder esterni, già intrapreso per l’aggiornamento del PTPCT 2018-2020, e interviene rafforzando il perseguimento delle finalità di contrasto e prevenzione della corruzione e di creazione di un contesto orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell’integrità e dell’etica, anche attraverso l’aggiornamento e la progettazione di misure volte a rafforzare e migliorare sia la dimensione organizzativa che la dimensione culturale dell’ente.

Il presente documento è articolato in modo da fornire indicazioni sugli aggiornamenti introdotti al fine di perseguire gli obiettivi di prevenzione di corruzione e trasparenza per il triennio 2019-2021. Inoltre, il presente documento fornisce:

- le coordinate normative e regolamentari alla base del processo di gestione del rischio di corruzione e di sviluppo e attuazione del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, seguite e attuate dall’AORN;
- gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione adottati dall’azienda, alla luce dell’analisi del contesto e della spinta al miglioramento ed efficientamento organizzativo intrapresa;
- le aree di rischio, con i relativi processi, rischi e cause, identificati attraverso il coinvolgimento dei dirigenti e responsabili delle unità organizzative e dei processi;

A tal fine, Il documento si articola in **6 capitoli**, ad esclusione della presente premessa e in **2 allegati**.

In particolare, i primi illustrano il quadro normativo e metodologico di riferimento per la redazione e l’aggiornamento del PTPCT dell’AO: il capitolo “**RIFERIMENTI NORMATIVI E PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE**” fornisce le coordinate normative che hanno guidato e che devono guidare l’azienda nel percorso di sviluppo e attuazione del sistema di prevenzione della corruzione; ad esso fa seguito il capitolo “**CONSULTAZIONE: INDICAZIONI EMERSE**”, nel quale sono illustrate le attività di consultazione realizzate e le indicazioni pervenute.

Ad essi seguono i capitoli in cui l’Azienda dichiara e illustra la metodologia seguita per la gestione del rischio di corruzione e la propria policy di prevenzione della corruzione. In particolare, il capitolo “**ANALISI DI CONTESTO**” illustra le condizioni di contesto esterno nelle quali l’azienda opera, che possono costituire fattori di rischio da valutare per l’identificazione delle aree di rischio

e delle relative misure di prevenzione della corruzione. Il capitolo **“OBIETTIVI STRATEGICI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE”**, dichiara gli ambiti sui quali l’organizzazione sta lavorando e intende continuare a lavorare nel corso del triennio, alla luce dell’analisi del contesto e dell’analisi di rischio realizzate.

Il capitolo successivo **“LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE NELL’A.O.: PROCESSO E RISULTATI”** sintetizza metodologia e i risultati del processo di gestione del rischio e aggiornamento del PTPCT: nel paragrafo **“VALUTAZIONE DEL RISCHIO”**, sono illustrati sinteticamente i risultati della mappatura dei processi e dei rischi; nel paragrafo **“MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO”** sono illustrate sinteticamente le misure integrative identificate. Il dettaglio è presente nel catalogo Processi-rischi-misure allegato al Piano.

Il capitolo **“LA TRASPARENZA EX D.LGS. 33/2013 E D.LGS. 97/2016”** individua le modalità di attuazione della trasparenza, in particolare, contiene, dunque, le soluzioni organizzative adottate per assicurare l’adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente.

## **2. RIFERIMENTI NORMATIVI E METODOLOGIA ADOTTATA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE**

**La legge 190/2012, il successivo P.N.A. e i suoi aggiornamenti (determinazione n.12 del 28 ottobre 2015 e delibera n. 831 del 3 agosto 2016)** hanno avviato nelle amministrazioni un nuovo processo di ripensamento e di ridefinizione delle modalità organizzative e di gestione al fine di contrastare il fenomeno della corruzione, non più trascurabile in termini di costi economici, diretti e indiretti, e di costi sociali. Il quadro normativo di riferimento ha introdotto, innanzitutto, un approccio preventivo nella lotta alla corruzione, sia ampliando il concetto stesso di corruzione – tutte quelle situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite – sia introducendo il concetto di rischio di corruzione e la sua gestione (risk management). Nell’ambito di tale framework, il legislatore ha previsto **una serie di adempimenti obbligatori da realizzare in una prima fase attuativa**, al fine di guidare le amministrazioni nella costruzione di sistemi di prevenzione della corruzione basati su un nucleo minimo e comune di strumenti, **a cui far seguire una serie di interventi di miglioramento e ampliamento del sistema di prevenzione, attraverso una completa e consapevole applicazione della logica e del processo di risk management.**

**L’aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione ha enfatizzato il ruolo del risk management nel sistema di prevenzione della corruzione**, quale strumento in grado di traghettare le amministrazioni verso il miglioramento organizzativo attraverso la gestione del rischio di corruzione. Una reale e rigorosa attuazione delle fasi di gestione del rischio consente, attraverso l’analisi organizzativa, di identificare le cause di esposizione al rischio di corruzione e di intervenire in maniera mirata ed efficace attraverso la definizione di misure organizzative. L’ANAC, al fine di supportare le amministrazioni in tale processo di analisi, nell’aggiornamento **ha fornito maggiori informazioni metodologiche** e, in particolare per il settore Appalti e per il settore Sanità, ha sviluppato degli approfondimenti.



Relativamente alla metodologia per la gestione del rischio di corruzione, il **PNA 2016** ha confermato le indicazioni già date con il PNA 2013 e l'Aggiornamento 2015, mentre **ha fornito degli approfondimenti in merito all'attuazione di alcune misure di trattamento del rischio**, quali, per il Settore Sanità, le nomine, la gestione del conflitto di interessi nei processi di procurement, la rotazione del personale, le sperimentazioni cliniche e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intramoenia.

Oltre alla legge 190/2012 e al PNA, occorre tener presenti nello sviluppo e aggiornamento del sistema di prevenzione della corruzione il **D.lgs 97/2016** che è intervenuto a revisionare sia il D.lgs 33/2013 (cosiddetto codice della trasparenza), sia alcune disposizioni in materia di prevenzione dalla corruzione. In particolare l'ANAC ha fornito indicazioni in merito all'attuazione delle disposizioni contenute nel suddetto decreto attraverso la **delibera n. 1310/2016** «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016», la **delibera n. 1309/2016** «Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013». Infine, di particolare interesse per il settore sanità sono le **Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale**.

I suddetti riferimenti normativi e regolamentari hanno rappresentato una linea guida nel processo di aggiornamento degli elementi del sistema di prevenzione della corruzione dell'AO al fine di garantire la conformità ai requisiti di legge del PTPC dell'AO; al contempo, però, cogliendo la ratio e la finalità del quadro normativo, la *compliance* ha rappresentato il punto di partenza e non il punto di arrivo nell'aggiornamento del Piano, puntando alla costruzione di un sistema di prevenzione della corruzione che possa essere da supporto al miglioramento organizzativo dell'AO.

### **3. CONSULTAZIONE: INDICAZIONI EMERSE**

Il PTPCT 2019-2021 è stato pubblicato sul sito dell'AO dal 24 al 29 gennaio, per favorire la consultazione da parte degli stakeholder e far emergere eventuali suggerimenti e indicazioni di miglioramento. A conclusione del periodo di consultazione non sono pervenute osservazioni.

### **4. ANALISI DI CONTESTO**

L'Azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta agisce in un territorio regionale nel quale sono presenti 132 strutture di ricovero attive tra pubbliche e private (accreditate e non)<sup>1</sup>. Nella provincia di Caserta, oltre all'Azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano, prestano alla popolazione servizi sanitari altre 20 strutture di ricovero (7 ospedali a gestione diretta e 13 case di cura private accreditate).

In base ai dati contenuti nel Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera 2016-2018 (aggiornato al 31 gennaio 2018) la dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati del SSR (flusso HSP 2015) è pari a 18.204, ossia 3,26 posti letto x 1.000 abitanti sulla popolazione "pesata"<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Strutture di ricovero pubbliche e private (accreditate e non) attive al 31/12/2016, Ministero della Salute.

<sup>2</sup> Il calcolo della popolazione "pesata" tiene conto della differente struttura per età della popolazione regionale.

Tenuto conto, oltre che della rimodulazione sulla popolazione “pesata”, della mobilità extra-regionale e della quota di posti letto territoriali equivalenti<sup>3</sup>, il numero di posti letto programmabili – in base a quanto previsto nel DM 70/15 – in Regione Campania è pari a 19.841 (pari a 3,6 posti letto per 1000 abitanti sulla popolazione “pesata”). Da ciò la previsione nell’aggiornamento 2018 del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera 2016-2018 dell’attivazione di nuovi 1.637 posti letto aggiuntivi.

Con riferimento specifico all’area di Caserta, l’aggiornamento 2018 del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera, riconferma la situazione critica dell’area, penalizzata dalla precedente programmazione che prevedeva una dotazione di soli 2,61 posti letto per 1000 abitanti. Nell’aggiornamento del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera si prevede di colmare tale carenza – e porre fine alle conseguenti ricadute sulla mobilità e alle criticità generate nei presidi di rete – attraverso un sostanziale incremento di posti letto e di discipline. A fronte di un’attuale disponibilità di 2.263 posti letto ne sono programmati 2.867 permettendo di raggiungere la quota 3,3/1000 abitanti con un incremento netto di 604 posti letto.

Per quanto concerne i punti di accesso alla rete emergenza-urgenza, l’area di Caserta dovrebbe disporre di un numero di presidi con pronto soccorso da un minimo di 6 ad un massimo di 11 (di cui 1 DEA di II° livello; da 3 a 6 DEA di I° livello e comunque un totale minimo complessivo di 6 punti di accesso). L’attuale piano prevede 8 punti di accesso: 1 DEA di II° livello individuato nell’Azienda Ospedaliera di Caserta; 1 DEA di I° livello nel Presidio Ospedaliero di Aversa ASL Caserta; 6 Pronto Soccorso nei Presidi Ospedalieri del territorio. Anche in questo caso, sono presenti margini di miglioramento per adeguare l’offerta di servizi ai bisogni del territorio.

Infatti, le carenze di cui soffre l’area di Caserta vanno lette nell’ambito di un contesto regionale caratterizzato da una densità abitativa tra le più alte d’Italia (oltre 400 abitanti per km<sup>2</sup>).

Oltre alla numerosità della popolazione un aspetto rilevante è quello relativo alle condizioni economiche. In base alle rilevazioni ISTAT<sup>4</sup> l’incidenza di povertà relativa familiare – per 100 famiglie con le stesse caratteristiche – è pari a 24,4 (dato che a livello nazionale è pari a 12,3) e il 41,8% delle famiglie interrogate sulla propria condizione economica percepita valuta come scarse le risorse economiche a disposizione negli ultimi 12 mesi (a fronte di una media nazionale del 35,6%).

Si consideri, inoltre, che nel 2017 le persone con almeno una malattia cronica in Regione Campania sono 37,4 e quelle con almeno due malattie croniche 20,4 (ogni 100 persone con le stesse caratteristiche).

L’analisi dei dati consente di delineare un quadro caratterizzato da una forte domanda di prestazioni del servizio sanitario regionale, determinata dalla numerosità della popolazione, dalla significativa presenza di persone affette da malattie e da condizioni economiche sfavorevoli (le quali riducono la possibilità di rivolgersi al settore privato). L’eventuale inadeguatezza dell’offerta potrebbe esporre le strutture sanitarie presenti sul territorio al rischio di comportamenti corruttivi

---

<sup>3</sup> La normativa prevede che siano considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nella relativa dotazione, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio Sanitario Regionale pari o superiore a un valore soglia corrispondente alla tariffa regionale corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera. In Regione Campania sono attivi 177 posti letto territoriali che il DM 70/15 considera equivalenti a quelli ospedalieri.

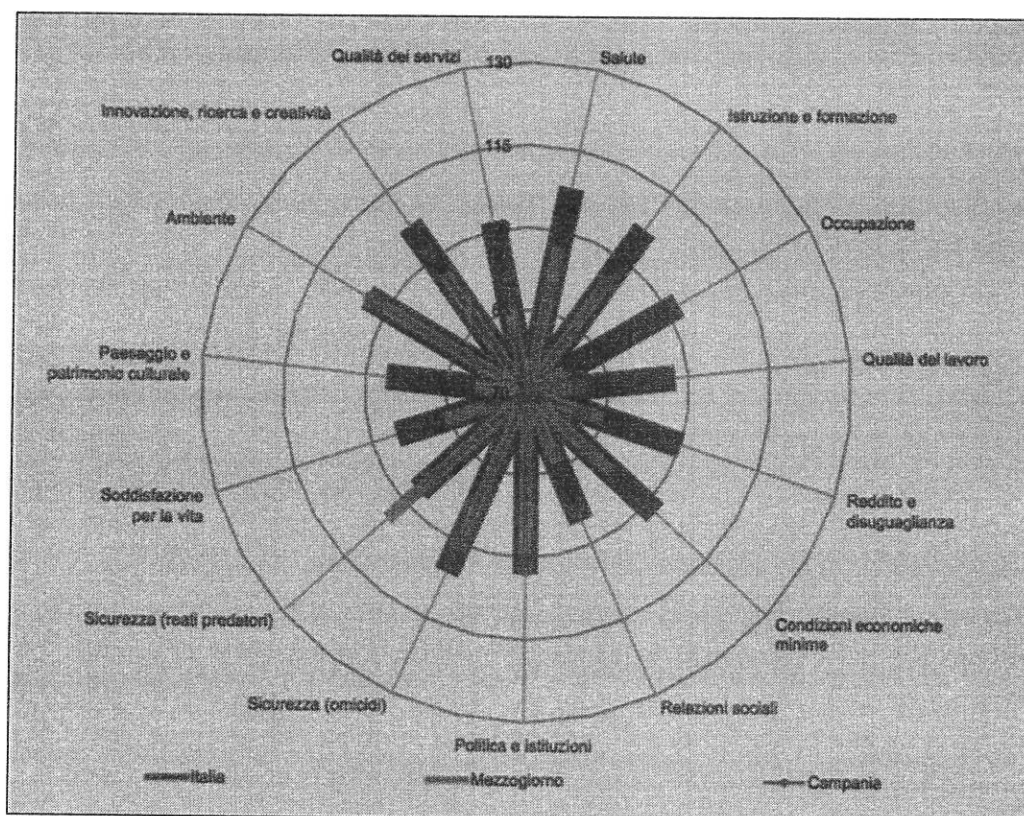
<sup>4</sup> ISTAT 2017 <http://dati.istat.it>

o non etici perpetrati da soggetti interessati a conseguire un vantaggio personale dallo sfruttamento di tali criticità.

Oltre alla relazione tra domanda e offerta di servizi sanitari, l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano tiene conto nell'elaborazione della propria strategia di prevenzione della corruzione di altre variabili del contesto territoriale di riferimento. A tal fine si è consapevoli di operare in un territorio che presenta particolari difficoltà e criticità, aspetti condivisi con gran parte del Mezzogiorno e che hanno una chiara relazione con il manifestarsi e il prosperare di fenomeni corruttivi. In particolare, con riferimento ad un concetto di benessere che travalica la sola dimensione economica, così come dimostrato dal Rapporto sul benessere equo e sostenibile in Italia<sup>5</sup>, sono significativi i margini di miglioramento per la Regione Campania.

In particolare – considerando le dimensioni più rilevanti ai fini di un'analisi di contesto tesa a rafforzare l'efficacia della strategie anticorruzione – significativo è il gap registrato dalla Campania in merito a soddisfazione per la vita, qualità dei servizi, salute, reddito e disuguaglianza e relazioni sociali.

*Indici compositi per Campania, Mezzogiorno e Italia 2016/2017. Italia 2010=100*



Fonte: ISTAT Rapporto BES 2018: il benessere equo e sostenibile in Italia

<sup>5</sup> Il Rapporto dell'ISTAT offre una lettura del benessere nelle sue diverse dimensioni ponendo particolare attenzione agli aspetti territoriali e allo sviluppo di alcuni indicatori di benessere inseriti nei documenti di bilancio. Gli indicatori del Bes, in tutto 129, sono articolati come di consueto in 12 domini: Salute; Istruzione e formazione; Lavoro e conciliazione dei tempi di vita; Benessere economico; Relazioni sociali; Politica e istituzioni; Sicurezza; Benessere soggettivo; Paesaggio e patrimonio culturale; Ambiente; Innovazione, ricerca e creatività (prima denominato Ricerca e innovazione); Qualità dei servizi.

Inoltre, se si considera l'evoluzione del benessere nel corso del tempo, la condizione del territorio campano è peggiorata rispetto alle dimensioni salute, istruzione e formazione, politica e istituzioni, soddisfazione per la vita e paesaggio e patrimonio culturale (in questo caso i dati della Campania sono in linea con le dinamiche registrate anche a scala nazionale).

*Andamento degli indici compositi tra l'ultimo anno disponibile e l'anno precedente per Campania, Mezzogiorno e Italia. Anni 2016/2017<sup>6</sup>*

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Salute	Istruzione e formazione	Occupazione	Qualità del lavoro	Reddito e disuguaglianza	Condizioni economiche minime	Relazioni sociali	Politica e istituzioni	Sicurezza (omicidi)	Sicurezza (reati predatori)	Soddisfazione per la vita	Paesaggio e patrimonio culturale	Ambiente	Innovazione, ricerca e creatività	Qualità dei servizi
	2017	2017	2017	2017	2016	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2016
Campania															
Mezzogiorno															
Italia															

Fonte: ISTAT Rapporto BES 2018: il benessere equo e sostenibile in Italia

La disponibilità di ulteriori dati relativi alle variabili culturali, sociali e territoriali del contesto di riferimento consente all'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di focalizzare le minacce da fronteggiare e le opportunità da cogliere per la lotta alla corruzione.

L'Azienda Ospedaliera opera in una Regione nella quale la fiducia riposta dai cittadini in generale "verso l'altro" – elemento basilare per la costruzione e il rafforzamento della cultura della legalità – è ancor più bassa della media nazionale. In base alle risultanze delle indagini condotte dall'ISTAT l'79,7% della popolazione interrogata in Campania crede che rispetto agli "altri" bisogna stare molto attenti mentre solo il 19,7% degli interrogati ritiene che gran parte della gente sia degna di fiducia.

Con riferimento alla partecipazione da parte di persone con più di 14 anni ad attività sociali la Campania nel 2016 (ultimi dati disponibili) si attesta su valori pari a circa la metà di quelli registrati dalla media nazionale.

Persone di 14 anni e più per attività sociale svolta negli ultimi 12 mesi (per 100 persone con le stesse caratteristiche)					
Riunioni in associazioni ecologiche, per i diritti civili, per la pace	Riunioni in associazioni culturali, ricreative o di altro tipo	Attività gratuite in associazioni di volontariato	Attività gratuite in associazioni non di volontariato	Attività gratuita per un sindacato	Versare soldi ad un'associazione
1,7	8,9	10,7	3,5	1,1	14,8

<sup>6</sup> Se la variazione tra i due anni è maggiore o uguale a +0,5 è considerata positiva (in verde), se è minore o uguale a -0,5 è considerata negativa (in rosso). Nell'intervallo (-0,5;+0,5) il valore è considerato stabile.



1	4,1	5,7	2	0,9	7,3
---	-----	-----	---	-----	-----

Fonte: ISTAT 2016 <http://dati.istat.it>

Nel 2017 i delitti totali denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria (tasso di delittuosità)<sup>7</sup> in Campania sono stati pari a 3.734,7 (per 100.000 abitanti) e nella provincia di Caserta 3.312,8 (per 100.000 abitanti), valori al di sotto di quelli registrati a livello nazionale. Se si prende in esame uno specifico delitto – l'associazione di tipo mafioso – la rilevanza del fenomeno sul territorio oggetto di analisi è significativamente diversa. A fronte di uno 0,1 per 100.000 abitanti di delitti di associazione di tipo mafioso registrato a livello nazionale in Campania il valore sale a 0,5 e nella provincia di Caserta a 1.

Chiari e ovvi impatti sull'esposizione al rischio di corruzione dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano ha la criminalità organizzata radicata sul territorio della provincia di Caserta.

Dalla Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata relativa all'anno 2015<sup>8</sup> emergeva la costante capacità rigenerativa della criminalità organizzata casertana, capacità che le garantisce l'operatività in settori privilegiati quali l'accaparramento di appalti pubblici. Ne viene riconosciuta l'abilità di inserirsi in attività apparentemente lecite (appalti pubblici, edilizia e commercio) che le consentono – così come indicato nel Rapporto – di ottenere il favore di un'ampia "zona grigia" della società civile, attraverso offerte di lavoro e proposte di varia natura. Ne emerge, inoltre, la capacità della criminalità organizzata locale di condizionare la vita amministrativa degli enti pubblici campani, al fine di controllare soprattutto i grandi appalti, condizionamento sotto il quale è caduta la stessa Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano.

L'ultima Relazione al Parlamento sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata<sup>9</sup> riconferma la struttura criminale casertana come un sistema connotato da un rigido sistema oligarchico, in grado di esprimere proiezioni ultraprovinciali e ramificazioni sovranazionali. Si precisa, inoltre che, nonostante l'incisiva azione di contrasto abbia permesso di realizzare negli ultimi anni numerosi arresti di vertici ed affiliati, permangono sempre integri il potere dei clan, la loro capacità di sopraffazione ed il consenso che garantisce il penetrante controllo del territorio.

Il manifestarsi di casi di corruzione, l'arresto di rappresentanti del mondo politico, di dirigenti e dipendenti pubblici e di importanti imprenditori locali ha avuto importanti impatti reputazionali per le istituzioni operanti sul territorio e ha eroso ancor di più la già scarsa fiducia riposta in essi dai cittadini.

La corruzione quale oggetto di indagine è stata recentemente introdotta dall'ISTAT nell'ambito dell'indagine sulla sicurezza dei cittadini 2015-2016. Anche in questo caso emergono dei dati che mettono il territorio campano in una situazione di svantaggio rispetto ad altre aree del Paese e alla media nazionale.

Tra i dati rilevati:

<sup>7</sup> Fonte: I.Stat ISTAT <http://dati.istat.it>

<sup>8</sup> L'anno di riferimento è il 2015 ed è stata presentata dal Ministro dell'Interno alla Camera dei Deputati nel gennaio del 2017.

<sup>9</sup> L'anno di riferimento è il 2016 ed è stata pubblicata sul sito del Ministero dell'Interno nel marzo del 2018.

- le famiglie che hanno avuto richieste di denaro, favori o altro o che hanno dato denaro, regali o altro in cambio di favori o servizi, nel corso della vita e negli ultimi tre anni;
- le persone che conoscono qualcuno (amici, parenti, colleghi...) a cui è stato richiesto denaro, favori, regali in cambio di beni o servizi;
- le persone che conoscono qualcuno che è stato raccomandato per tipo di servizio/favore richiesto per regione.

Di seguito i dati relativi alla Campania in relazione ai dati a scala nazionale.

Famiglie che hanno avuto richieste di denaro, favori o altro o che hanno dato denaro, regali o altro in cambio di favori o servizi, nel corso della vita e negli ultimi tre anni, per tipo di settore e per regione, ripartizione geografica, tipologia di comune di residenza. Anno 2016 (Per 100 famiglie).

	Almeno un caso di corruzione nel corso della vita	Almeno un caso di corruzione negli ultimi tre anni	Nel corso della vita					Uffici pubblici
			Sanità	Sanità	Assistenza	Istruzione	Lavoro	
Campania	8.9	3.5	4.1	12.5	8.8	0.9	3.3	2.0
Italia	7.9	2.7	2.4	11.0	2.7	0.6	3.2	2.1

Persone che conoscono qualcuno (amici, parenti, colleghi...) a cui è stato richiesto denaro, favori, regali in cambio di beni o servizi, per settore in cui si è verificata la richiesta e per regione. Anno 2016 (Per 100 persone)

	Almeno un settore	Sanità	Assistenza	Istruzione	Lavoro	Uffici pubblici	Forze dell'ordine	Giustizia	Public Utilities
Campania	14.8	9.2	5.6	3.8	9.4	4.6	1.1	2.0	4.1
Italia	13.1	5.9	4.0	2.1	7.1	3.2	0.8	1.1	1.6

Persone che conoscono qualcuno che è stato raccomandato per tipo di servizio/favore richiesto per regione. Anno 2016 (Per 100 persone)

	almeno una raccomandazione	un posto di lavoro	una licenza, un permesso, una concessione	un beneficio assistenziale	ammissione a scuole o promozioni	cancellazione di multe o sanzioni	essere favorito in cause giudiziarie
Campania	23.5	18.9	8.3	7.2	6.1	7.0	3.6
Italia	25.4	21.5	7.5	6.8	4.9	7.5	1.9

L'indagine dell'ISTAT è arricchita da dati sulla corruzione provenienti da fonti amministrative quali:

- i procedimenti penali per cui inizia l'azione penale per ripartizione di commesso reato
- il numero di sentenze contenenti il reato e il numero totale dei reati sentenziati per tipologia di commesso reato.

Di seguito i dati relativi alla Campania in relazione ai dati a scala nazionale.

Procedimenti penali per cui inizia l'azione penale per ripartizione di commesso reato. Anno 2014. Composizione percentuale						
	Peculato	Indebita percezione di erogazioni pubbliche a danno dello Stato	Corruzione in atti giudiziari	Corruzione per un atto di ufficio	Malversazione a danno dello Stato	Concussione
Campania	12,5%	18,5%	18,1%	14,5%	17,1%	31,2%
Italia	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Numero di sentenze contenenti il reato e numero totale dei reati sentenziati per tipologia di commesso reato. Anno 2016 (per 100.000 abitanti)														
	Peculato		Indebita percezione di erogazioni pubbliche a danno dello Stato		Concussione		Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio		Responsabilità del corruttore		Istigazione alla corruzione		Induzione indebita a dare o promettere utilità	
	n° di sentenze	numero totale di reati	n° di sentenze	numero totale di reati	n° di sentenze	numero totale di reati	n° di sentenze	numero totale di reati	n° di sentenze	numero totale di reati	n° di sentenze	numero totale di reati	n° di sentenze	numero totale di reati
Campania	0,4	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4	0,1	0,1	0,8	0,8	0,1	0,2
Italia	0,7	1,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,5	0,2	0,5	0,2	0,2	0,1	0,2

L'analisi del contesto nel quale si trova ad operare l'Azienda Sant'Anna e San Sebastiano ha messo in evidenza numerose criticità e la diffusione sul territorio di fenomeni collegati alla corruzione e che ne inibiscono il contrasto.

Ne emerge il quadro di un'area vulnerabile nella quale la corruzione può trovare spazi per prosperare. Da ciò discende la necessità per l'Azienda Sant'Anna e San Sebastiano di formulare un'attenta e adeguata strategia di prevenzione della corruzione a garanzia del buon governo, dell'instaurarsi di relazioni sane con i propri stakeholder e dell'erogazione di servizi di qualità ai cittadini.

## 5. OBIETTIVI STRATEGICI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'A.O. già nel PTPCT del triennio 2018-2020 ha definito gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza, tenuto conto dell'analisi del contesto esterno ed interno. Al fine di dare continuità alla politica anticorruptiva intrapresa, tenuto conto di un contesto esterno in cui permane una situazione di vulnerabilità rispetto ai fenomeni corruttivi, la Direzione generale non solo ha riconfermato gli obiettivi strategici, ma ha anche creato i presupposti per una loro effettivo e più incisivo perseguimento attraverso l'integrazione di tali obiettivi nel Piano delle Performance



2019-2021 e un diretto collegamento di tali obiettivi con gli obiettivi specifici assegnati ai Direttori delle UUOCC interessate dalle misure di prevenzione della corruzione.

Ciò si è reso possibile anche grazie ad un contesto interno che, dopo anni di amministrazione straordinaria ha intrapreso dal marzo 2017 un percorso di stabilità direzionale, organizzativa ed amministrativa. Un percorso in cui la prevenzione della corruzione rappresenta una leva importante sia per il recupero della credibilità e legittimità dell'Ospedale, sia per supportare i processi di efficientamento e di miglioramento della gestione sanitaria e amministrativa dell'Ente, intrapresi dalla direzione generale.

Tutto ciò premesso, si ritiene non solo opportuno ma necessario continuare a lavorare, innanzitutto, sulla dimensione culturale del fenomeno corruttivo e di *malagestio*, ma allo stesso tempo rafforzare l'organizzazione attraverso interventi che, migliorando il lavoro e i livelli di servizio, riducono le possibilità di pratiche corruttive sia in senso stretto che in senso ampio del termine.

A tal fine, la Direzione Generale conferma gli obiettivi strategici nell'ambito della prevenzione della corruzione e trasparenza, che restano pertanto:

- **Costruire insieme con i dipendenti, gli utenti e gli stakeholder del territorio, una cultura del bene pubblico orientata da principi di legalità e integrità.**
- **Aumentare la capacità dell'organizzazione di riconoscere situazioni di potenziale corruzione.**
- **Ridurre le opportunità organizzative favorevoli alla realizzazione di eventi corruttivi.**
- **Promuovere maggiori livelli di trasparenza.**

Tali obiettivi sono perseguibili attraverso la messa in atto delle misure identificate e progettate, alcune trasversali, altre mirate a processi e rischi specifici, identificate attraverso il lavoro di analisi dei processi e dei rischi di corruzione e l'emersione delle cause e dei comportamenti organizzativi che potrebbero determinarli.

## 6. LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE NELL'A.O.: PROCESSO E RISULTATI

Al fine di procedere alla definizione del sistema di prevenzione della corruzione e conseguentemente del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'AO, sono state realizzate le attività di gestione del rischio indicate dall'ANAC (si veda Figura 1) nell'aggiornamento 2015 al PNA (**determinazione n.12 del 28 ottobre 2015**), a loro volta ispirate ai principi, ai contenuti e alle tecniche previste dai principali standard internazionali di risk management, in primis l'UNI ISO 31000:2010.

*Figura 1: Le principali fasi del processo di gestione del rischio (Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015)*



Rispetto alle aree di rischio, il PNA prima e l'aggiornamento 2015 al PNA poi, hanno fornito una lista di aree, denominate "aree generali", rispetto alle quali ciascuna amministrazione deve valutare il livello di esposizione al rischio, tenuto conto del fatto che generalmente sono aree presenti in tutte le amministrazioni e che per le caratteristiche delle attività che ricomprendono sono generalmente esposte al rischio di corruzione. Per il settore sanità queste aree sono:

- Contratti pubblici.
- Incarichi e nomine.
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Aree che si vanno ad aggiungere alle cosiddette quattro "aree obbligatorie" previste nel PNA 2013.

Per il settore sanità, nell'aggiornamento 2015 al PNA, vengono indicate inoltre alcune aree specifiche:

- Attività libero professionale e liste di attesa.
- Rapporti contrattuali con privati accreditati.
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.
- Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Tuttavia è importante sottolineare come le aree generali e le aree specifiche suddette rappresentano una indicazione e non un vincolo per le amministrazioni, le cui aree di rischio devono comunque essere il frutto del processo di analisi del contesto e di valutazione del rischio.

A seguito della mappatura dei processi e dell'identificazione delle aree di rischio, si procede all'attività di identificazione del rischio che consiste nella ricerca, nell'individuazione e nella descrizione dei rischi di corruzione, per ciascun processo o fase di processo. L'output di tale

attività è la costruzione del Catalogo degli eventi di rischio in cui sono mappati tutti gli eventi che possono verificarsi in relazione ai processi o a fasi di essi e che possono determinare il non raggiungimento di obiettivi aziendali. Rispetto al rischio di corruzione, *“l’identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l’obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, o alle fasi dei processi, di pertinenza dell’amministrazione. L’individuazione deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi e avere conseguenze sull’amministrazione. Questa fase è cruciale, perché un evento rischioso «non identificato in questa fase non viene considerato nelle analisi successive», compromettendo l’attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione.”* Tuttavia identificare i rischi non è sufficiente in quanto occorre anche identificare le cause (ambientali, sociali, organizzative) che consentono a quegli eventi rischiosi di verificarsi. Nell’aggiornamento 2015 al PNA si legge *“l’analisi del rischio ha come obiettivo quello di consentire di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati”, “l’analisi è essenziale al fine di: comprendere le cause del verificarsi di eventi corruttivi e, conseguentemente, individuare le migliori modalità per prevenirli (creando i presupposti per l’individuazione delle misure di prevenzione più idonee)”*.

La comprensione delle cause del verificarsi di eventi corruttivi consente anche di valutare correttamente il livello di esposizione al rischio di corruzione, ovvero la probabilità che quell’evento si verifichi e l’impatto che ne deriverebbe. A tal fine, come anche suggerito dal PNA e dall’aggiornamento 2015 al PNA, tenuto conto della natura del fenomeno corruttivo, è opportuno procedere nella definizione e nell’utilizzo di tecniche qualitative di valutazione del rischio, supportate comunque da informazioni sull’efficacia dell’organizzazione, da dati oggettivi (per es. i dati giudiziari), ma anche da dati di natura percettiva (rilevati attraverso valutazioni espresse dai soggetti interessati, ad esempio con interviste o focus group, al fine di reperire informazioni, o opinioni, da parte dei soggetti competenti sui rispettivi processi).

L’applicazione di un sistema di valutazione impatto/probabilità consente di stabilire le priorità di trattamento dei rischi, attraverso il loro confronto, considerando gli obiettivi dell’organizzazione e il contesto in cui la stessa opera; in altre parole, consente di ponderare il rischio e di fornire dei criteri per l’assunzione di decisione in merito alla risposta al rischio.

Alla luce dei suddetti riferimenti normativi e metodologici, l’AO Sant’Anna e San Sebastiano dal 2016 ha intrapreso un percorso graduale di mappatura dei processi, relativa identificazione e analisi dei rischi e successiva individuazione delle misure specifiche e generali da adottare al fine di ridurre il rischio nelle aree critiche. Il processo è stato realizzato attraverso il coinvolgimento di dirigenti, direttori e dipendenti opportunamente formati.

Il processo di aggiornamento e miglioramento del sistema di prevenzione della corruzione dell’AO, basata sul coinvolgimento degli attori interni, è stato avviato nel corso del 2016 con la costituzione di un gruppo di lavoro che, oltre al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, ha coinvolto dirigenti rappresentanti sia dell’Area Amministrativa che dell’Area Sanitaria. Nello specifico sono stati coinvolti dirigenti con una conoscenza trasversale dei processi organizzativi e gestionali interni all’azienda e che si caratterizzavano per un elevato livello di integrazione con gli altri livelli di responsabilità aziendali: il Dirigente dell’U.O.S.D. Risk Management e il Dirigente della

U.O.C. Programmazione e Controllo di gestione; inoltre è stato coinvolto il Direttore del Dipartimento Cardio – Vascolare e un dirigente della U.O.C. Provveditorato ed economato.

Il gruppo di lavoro ha proceduto ad una prima revisione e integrazione dei processi, delle aree di rischio e dei rischi, relativamente alle proprie conoscenze e competenze, avendo come documento di riferimento da aggiornare la tabella 1 – Valutazione dei rischi allegata al PTPC 2015-2017 dell'AO. Sulla base del catalogo dei rischi revisionato e integrato dal lavoro del gruppo, si è proceduto al coinvolgimento tramite interviste e momenti di condivisione in plenaria dei direttori e/o dipendenti owner dei processi e delle attività afferenti alle aree di rischio.

Nel corso del 2017 il processo di miglioramento e integrazione del PTPCT è proseguito, sempre attraverso il coinvolgimento dei direttori e dipendenti, al fine di pervenire ad una comprensione il più possibile esaustiva dei processi e dei relativi rischi. Si è proceduto, alla luce delle cause del rischio emerse in fase di analisi, nell'identificazione delle misure di risposta al rischio.

Nel corso del 2018, le UUOCC sono state maggiormente coinvolte e responsabilizzate nell'attuazione delle misure o nella individuazione delle modalità per l'attuazione delle misure stesse, ritenute sostenibili e perseguibili dai direttori di UOC. In termini di mappatura dei processi, è stato condotto un approfondimento nell'ambito dell'area della formazione e delle sponsorizzazioni per la formazione.

Il percorso sinteticamente rappresentato ha condotto l'AO nella messa a punto di un sistema di prevenzione della corruzione sempre più integrato nella strategia e nella gestione aziendale, sia attraverso l'attribuzione ai direttori di obiettivi di performance che hanno come finalità l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione indeterminate, sia attraverso l'identificazione di misure sostenibili e fattibili per l'amministrazione.

Pertanto, l'aggiornamento del PTPCT 2018 – 2020, ha avuto ad oggetto le seguenti componenti:

- Verifica delle aree di rischio e dei relativi processi e identificazione di una nuova area di Rischio "Formazione del personale" e definizione dei relativi rischi e delle misure di risposta.
- Verifica, integrazione e/o validazione dei rischi e della loro valutazione, nonché delle misure di rischio identificate, attraverso il monitoraggio effettuato dal RPCT e il confronto con i Direttori delle UOC in cui si sono evidenziate possibili criticità nell'attuazione delle procedure in essere o nell'implementazione di misure identificate.
- Revisione della progettazione delle misure di trattamento del rischio identificate al fine di renderle attuabili tenuto conto del contesto interno ed esterno dell'A.O.

I risultati puntuali dell'aggiornamento sono illustrati nel catalogo processi-rischi-misure allegato. Di seguito una indicazione sintetica e quantitativa dei risultati dell'identificazione del rischio.

Aree di rischio	N. processi mappati	N. rischi identificati
1) Acquisizione e progressione del personale	4	16
2) Incarichi e nomine	4	9
3) Contratti pubblici	3	33



4) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	11	16
5) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	5	10
6) Liste di attesa ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari	7	5
7) Attività libero professionale	2	2
8) Farmaceutica	1	7
9) Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione	2	3
10) Medicina legale	3	6
11) Affari legali e contenzioso	3	3
12) Formazione e aggiornamento professionale del personale	3	9

Relativamente alla definizione delle misure di trattamento del rischio, di seguito uno schema delle misure identificate e da attuare nel corso del triennio di riferimento, classificate in funzione della natura della misura. I dettagli dei contenuti, degli obiettivi, dei responsabili dell'attuazione e dei relativi tempi di attuazione sono indicati in maniera puntuale nelle schede delle misure presenti nell'allagato Catalogo Processi-rischi-misure.

#### MISURE DI CONTROLLO

- Sistema di Alert
- Controlli di secondo livello
- Monitoraggio procedimenti disciplinari
- Controlli a campione della presenza in servizio
- Controllo a campione ex post sul rispetto delle procedure di reclutamento
- Monitoraggio attuazione regolamenti liste d'attesa

#### MISURE DI TRASPARENZA

- Pubblicazione delle convenzioni attivate
- Pubblicazione su sito in sezione "Sponsorizzazioni dipendenti"

#### MISURE DI FORMAZIONE

- Informazione e sensibilizzazione sul sistema di prevenzione della corruzione
- Formazione specialistica

#### MISURE DI REGOLAMENTO

- Regolamento unitario programmazione e attuazione approvvigionamenti
- Integrazione Regolamento regionale per il reclutamento del personale dirigente e non dirigente per selezione pubblica
- Aggiornamento regolamento aziendale per l'affidamento di incarichi di consulenza tecnica
- Aggiornamento del Regolamento Formazione e integrazione con il regolamento delle sponsorizzazioni per la formazione
- Integrazione Regolamento ALPI

#### MISURE DI INFORMATIZZAZIONE

- Informatizzazione di processi e flussi informativi aziendali a supporto di altre UO/OCC

#### MISURE PER IL CONFLITTO DI INTERESSI

- Policy di gestione del conflitto di interessi

## **7. LA TRASPARENZA EX D.LGS 33/2013 E D.LGS. 97/2016**

### **7.1 PREMESSA**

L'AO ha avviato da tempo processi finalizzati al rispetto degli obblighi di trasparenza di cui alla Legge n. 190/12 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e al D.lgs. n. 33/13 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Infatti, in considerazione dell'art. 9 del citato Decreto 33/2013, è stata creata la sezione "Amministrazione Trasparente" sul sito istituzionale dell'Ente.

Inoltre, in considerazione dell'art. 10 del citato Decreto 33/2013, nell'anno 2013 è stato adottato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2013-2015 (deliberazione n° 691 del 17 settembre 2013), e successivamente, nel 2015 è stato adottato il nuovo Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015 – 2017 (deliberazione n. 201 del 7 agosto 2015).

Alla luce delle revisioni apportate alla normativa sulla trasparenza dal 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", il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità è stato inserito nell'ambito del Piano triennale della prevenzione della corruzione, costituendone una sezione specifica.

Nell'attuazione delle revisioni previste dal suddetto decreto, l'AO ha tenuto conto, altresì, delle indicazioni fornite dalle Linee guida emesse dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, sulle principali e più significative modifiche intervenute, e con determinazione n. 1309 del 28 dicembre 2016, in materia di accesso civico ed obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni (pubblicate nella G.U. n. 7 del 10 gennaio 2017).

Inoltre, sempre alla luce delle revisioni introdotte dal D.lgs. 97/2016 al Responsabile della prevenzione della corruzione è stato attribuito anche il ruolo di Responsabile della trasparenza, divenendo quindi Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (deliberazione della Commissione Straordinaria n.100 del 4/03/2016).

Infine, è stato nominato il RASA, il sig. Carlo Mazzarella, assistente amministrativo, afferente all'u.o.c. Provveditorato ed Economato.

### **7.2 OBIETTIVI STRATEGICI DELLA TRASPARENZA**

Gli obiettivi strategici ed operativi in materia di trasparenza sono strutturati con lo specifico scopo di assicurare l'alimentazione costante e continua dei dati da pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente, oltre che la loro correttezza e completezza.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico dell'AO e, a tal fine gli obiettivi operativi di trasparenza che intende perseguire sono i seguenti:

- miglioramento complessivo e costante della qualità dei dati pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente, attraverso un'attività di supporto ai responsabili del trattamento e pubblicazione dei dati e attività di formazione mirate.
- diffusione della cultura della trasparenza, attraverso attività di formazione e sensibilizzazione;
- monitoraggio e controllo periodico da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- coordinamento con gli obiettivi strategico - gestionali dell'AO al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti in materia di trasparenza, attraverso l'attribuzione di obiettivi di performance e dirigenziali specifici per l'attuazione della trasparenza.

### 7.3 FLUSSI INFORMATIVI E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Nella tabella presente nell'allegato "**OBBLIGHI DI TRASPARENZA EX D.LGS. 33/2013**" del presente Piano, sono inserite le informazioni relative agli obblighi di pubblicazione; nello specifico sono indicati l'oggetto della pubblicazione, i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione, laddove diversi dai primi, e i tempi di attuazione e aggiornamento dell'obbligo di pubblicazione.

### 7.4 VIGILANZA E MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI

Gli obblighi di pubblicazione saranno attuati da tutte le strutture coinvolte, indicate nelle tabelle di cui all'allegato del presente PTPCT 2019\_2021, con il coordinamento del Responsabile della Corruzione e della Trasparenza (RPCT). Le misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza spettano RPCT e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza provvede a:

- monitorare, sistematicamente, la regolarità e tempestività dei flussi informativi, attraverso la navigazione nella sezione "Amministrazione trasparente". Il monitoraggio è effettuato a campione sulla totalità degli obblighi di pubblicazione. Qualora riscontri inadempienze e/o irregolarità di livello significativo, il RPCT sollecita il Responsabile della individuazione/elaborazione/pubblicazione dei dati a provvedere in merito, assegnando un termine non inferiore a 10 giorni e non superiore a 30 giorni, salvo eccezioni debitamente motivate; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il RPCT provvede a segnalare la circostanza alla Direzione aziendale, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e/o agli ulteriori organismi che – a seconda delle circostanze – sono interessati;
- riscontrare le specifiche richieste da parte dell'ANAC in materia di attuazione del principio di trasparenza;
- supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), secondo le specifiche richieste ed ai fini dell'attività di verifica di sua competenza.

Il monitoraggio avrà cadenza semestrale e riguarderà l'attuazione degli obblighi di pubblicazione, anche attraverso la scansione delle informazioni, dati e documenti da pubblicare e l'indicazione degli scostamenti da quanto previsto nella tabella degli obblighi, di cui all'allegato del presente



Piano. Sarà supportato anche dalla redazione di apposito report, al fine di monitorare sia il processo di attuazione sia l'utilità ed usabilità dei dati inseriti, in riferimento ai seguenti fattori:

- costante aggiornamento;
- completezza;
- tempestività;
- comprensibilità;
- omogeneità;
- attestazione della conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda;
- formato dei dati: aperto o rielaborabile.

Il RPCT potrà effettuare ulteriori controlli a campione, per verificare l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

All'Organismo Indipendente di Valutazione compete il preciso compito di attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità. I relativi esiti sono pubblicati sulla sezione "Amministrazione trasparente" del sito web aziendale, nella sotto sezione "Disposizioni Generali".

#### 7.5. ACCESSO CIVICO

In ossequio a quanto disposto dall'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dall'art. 6 del Dlgs 97/2016, l'AO, con lo strumento dell'accesso civico, riconosce il cittadino come attore fondamentale della trasparenza, attribuendo ad esso un potere di controllo generalizzato sui dati, documenti e informazioni, oggetto di pubblicazione obbligatoria e ulteriore.

Nella sezione del sito istituzionale "Amministrazione trasparente" – Sottosezione "Altri contenuti/accesso civico" sono pubblicate le modalità da seguire per presentare le richieste di accesso civico semplice e accesso civico generalizzato e i nominativi e contatti dei soggetti tenuti all'acquisizione delle richieste e relativa istruttoria ed evasione delle stesse.

Nel caso dell'accesso civico semplice, il soggetto responsabile è identificato nel RPTC e nel soggetto titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta.

Nel caso dell'accesso civico generalizzato, l'AO nel corso del primo trimestre del 2019 provvederà ad identificare un ufficio qualificato atto a gestire le istruttorie; nelle more della definizione del soggetto responsabile, il RPCT è il soggetto tenuto alla gestione delle istanze.

## **8. ALLEGATI:**

### **8.1 CATALOGO DEI PROCESSI-RISCHI-MISURE**

Si rinvia al documento excel contenente per ciascuna area di rischio:

- La mappatura dei processi con eventuale relativa descrizione delle fasi.
- L'elenco degli eventi rischiosi e delle relative cause, associate ai singoli processi.
- L'indicazione delle Unità organizzative coinvolte nei processi.
- La mappatura delle misure esistenti congrue rispetto gli eventi rischiosi identificati.
- L'indicazione e la scheda con la progettazione delle misure integrative definite.

### **8.2 OBBLIGHI DI TRASPARENZA EX D.LGS. 33/2013**

Si rinvia al documento excel contenente per ciascun obbligo di pubblicazione lo stato dell'arte, il Responsabile della individuazione e/o elaborazione dei dati e il responsabile della pubblicazione dei dati.