



**Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**  
**AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta**  
**2017- 2019**

NE

## INDICE

<b>1. FINALITÀ E ARTICOLAZIONE DEL DOCUMENTO</b> .....	<b>3</b>
<b>2. OBIETTIVI STRATEGICI</b> .....	<b>4</b>
<b>3. RIFERIMENTI NORMATIVI</b> .....	<b>5</b>
<b>4. PROCESSO DI AGGIORNAMENTO: METODOLOGIA, MODALITÀ E ATTORI COINVOLTI</b> .....	<b>6</b>
<b>5. IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO: STATO DELL'ARTE E RISULTATI ATTESI</b> .....	<b>11</b>
5.1 LA MAPPATURA DEI PROCESSI E LE AREE DI RISCHIO .....	11
5.2 LA MAPPATURA E ANALISI DEGLI EVENTI DI RISCHIO .....	13
5.3 IL SISTEMA DI VALUTAZIONE IMPATTO/PROBABILITÀ .....	20
<b>6. MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO: STATO DELL'ARTE E RISULTATI ATTESI</b> .....	<b>22</b>
6.1 RENDICONTAZIONE DELLE MISURE PROGRAMMATE .....	22
6.2 IL PIANO DEGLI INTERVENTI .....	26
<b>7. LA TRASPARENZA EX D.LGS 33/2013 E D.LGS. 97/2016: STATO DELL'ARTE E MODALITÀ PER GARANTIRE GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E L'ACCESSO CIVICO</b> .....	<b>39</b>
7.1 PREMESSA .....	39
7.2 OBIETTIVI STRATEGICI DELLA TRASPARENZA .....	39
7.3 FLUSSI INFORMATIVI E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE .....	40
7.4 VIGILANZA E MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI .....	40
7.5. ACCESSO CIVICO .....	41
<b>8. IL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AO: TRAIETTORIE FUTURE</b> .....	<b>42</b>
<b>9. ALLEGATI:</b> .....	<b>43</b>
9.1 CATALOGO RISCHI DI CORRUZIONE 2017-2019 DELL'AO S. ANNA E S. SEBASTIANO DI CASERTA .....	43
9.2 TABELLA OBBLIGHI DI TRASPARENZA SECONDO DLGS 33/2013 E DLGS 97/2016 .....	43

NE

## 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, 2017 – 2019”, interviene ad aggiornare il precedente piano triennale alla luce di:

- Aggiornamenti normativi e nuovi indirizzi ANAC, con particolare riferimento al D.lgs. 97/2016 e alle successive Linee guida emanate dall’ANAC, nonché il nuovo PNA emanato con delibera n. 831 del 3 agosto 2016.
- Aggiornamento del catalogo dei rischi, intervenuto a seguito dell’attuazione delle indicazioni metodologiche e operative in tema di gestione del rischio fornite dall’ ANAC nella determinazione n.12 del 28 ottobre 2015 e delibera n. 831 del 3 agosto 2016.
- Aggiornamento delle misure di prevenzione già identificate, a seguito di complessità organizzative che ne hanno determinato una modifica nei tempi e nei modi di attuazione.
- Identificazione di nuove misure a seguito dell’aggiornamento del catalogo dei rischi e degli aggiornamenti normativi e dell’ANAC, in particolare la delibera n. 831 del 3 agosto 2016, la delibera n. 1309/2016 e la delibera n. 1310/2016 , nonché le Linee guida per l’adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Tale aggiornamento 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, come definiti nel PTPC 2015 – 2017, sia attraverso una attività di sensibilizzazione, formazione e coinvolgimento dei dirigenti e dipendenti, realizzata nel corso del 2016 e propedeutica all’aggiornamento del piano stesso; sia attraverso l’aggiornamento e l’identificazione di misure volte a rafforzare e migliorare sia la dimensione organizzativa che la dimensione culturale.

Il presente documento è articolato in modo da fornire indicazioni sia sul percorso di aggiornamento realizzato sia sui risultati di tale percorso.

In particolare, il presente documento vuole:

- Indicare gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione adottati dall’azienda;
- fornire 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’AO;
- descrivere modalità, criteri e risultati del lavoro di aggiornamento del catalogo dei rischi di corruzione effettuato (mappatura processi – identificazione eventi rischiosi e analisi delle cause – identificazione misure integrative) e di progettazione delle misure di prevenzione identificate.
- Descrivere criteri, modalità e obiettivi per proseguire nel percorso di miglioramento del processo di gestione del rischio di corruzione.

A tal fine, Il documento si articola in **7 capitoli**, al netto della presente premessa, ed è **corredato da alcuni allegati** che contengono il catalogo dei rischi aggiornato e la tabella con le indicazioni degli obblighi di pubblicazione e le relative informazioni di soggetti responsabili e tempi di aggiornamento.



In particolare, il capitolo **“OBIETTIVI STRATEGICI”** dichiara gli ambiti sui quali l’organizzazione intende lavorare nel corso del triennio alla luce delle analisi realizzate; il capitolo **“RIFERIMENTI NORMATIVI”** 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 **“PROCESSO DI AGGIORNAMENTO: METODOLOGIA, MODALITÀ E ATTORI COINVOLTI”** nel quale sono illustrati la metodologia e sono descritte le modalità attraverso le quali è stata condotta l’attività di revisione e aggiornamento delle aree di rischio, degli eventi rischiosi, della valutazione del rischio, nonché della verifica di adeguatezza delle misure esistenti e identificazione di misure ulteriori, cosiddette integrative.

I due capitoli successivi sintetizzano i risultati del processo di aggiornamento; in particolare, nel capitolo **“IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO: STATO DELL’ARTE E RISULTATI ATTESI”**, sono descritti gli aggiornamenti intervenuti nelle aree di rischio, negli eventi rischiosi e nella valutazione del rischio, e sono identificati gli obiettivi di miglioramento da realizzare nell’arco del periodo 2017-2019; nel capitolo **“OBIETTIVI STRATEGICI E MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO: STATO DELL’ARTE E RISULTATI ATTESI”** sono invece riportate le risultanze della ricognizione delle misure esistenti e dell’identificazione di misure integrative, il loro coordinamento con gli obiettivi strategici dell’AO in termini di anticorruzione e trasparenza e gli obiettivi di realizzazione e attuazione nell’arco del periodo 2017 – 2019.

Il capitolo **“LA TRASPARENZA EX D.LGS 33/2013 E D.LGS. 97/2016: STATO DELL’ARTE E MODALITÀ PER GARANTIRE GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E L’ACCESSO CIVICO”** individua le modalità di attuazione della trasparenza, in particolare, contiene, dunque, le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l’adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente.

Il documento si chiude con il capitolo **“IL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: TRAIETTORIE FUTURE”** in cui sono indicati e descritti gli ambiti di miglioramento trasversali all’intero sistema di prevenzione della corruzione e le modalità per perseguirli.

## **2. OBIETTIVI STRATEGICI**

Il contesto di riferimento in cui opera l’A.O. è particolarmente complesso, sia da un punto di vista socio-culturale che da un punto di vista organizzativo.

È cronaca piuttosto recente, la serie di reati e atti illeciti nella sfera della corruzione e della criminalità organizzata che hanno interessato l’Azienda, fino a determinarne il Commissariamento. È evidente che tali situazioni si verificano e trovano terreno fertile laddove esiste una “fragilità etica”, una cultura orientata all’accettazione e alla razionalizzazione di comportamenti illeciti o non integri, che riguarda la collettività in senso generale ma anche i singoli, in qualità di cittadini, utenti, dipendenti e via dicendo.

Alla luce di tali considerazioni e tenuto conto del contesto organizzativo, della situazione straordinaria in cui si trova ad operare l’azienda e del prossimo e imminente ritorno ad una gestione ordinaria, si ritiene non solo opportuno ma necessario 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 in senso ampio.

A tal fine, gli obiettivi strategici dell'Azienda nell'ambito della prevenzione della corruzione sono:

- **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.**

Tali obiettivi sono perseguibili attraverso la messa in atto di una serie di misure, alcune di immediata attuazione, altre di più lungo periodo, alcune trasversali altre mirate a processi e rischi specifici, identificate attraverso il lavoro di analisi dei processi e dei rischi di corruzione realizzato nel corso del 2016. Tali misure sono identificate e descritte nel presente Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2017-2019.

### **3. RIFERIMENTI NORMATIVI**

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.

#### 4. PROCESSO DI AGGIORNAMENTO: METODOLOGIA, MODALITÀ E ATTORI COINVOLTI

Al fine di procedere all'aggiornamento del sistema di prevenzione della corruzione e conseguentemente del PTPCT 2017-2019 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 e tenuto conto del PTPC 2015 – 2017 dell'AO e del successivo aggiornamento, si è reso necessario procedere ad un aggiornamento del Piano nelle seguenti componenti:

- Revisionare e integrare la mappatura dei processi e, laddove necessario procedere ad una più dettagliata descrizione dei processi stessi;
- adottare le aree di rischio generali e specifiche per il settore sanità indicate dall'ANAC nell'Aggiornamento 2015 al PNA e, laddove necessario, identificarne di nuove e specifiche.
  - identificare eventuali ulteriori rischi di corruzione, sia in aree di rischio e processi già mappati che in eventuali nuove aree di rischio e processi;
  - analizzare gli elementi caratterizzanti il rischio e, in particolare, le cause (i comportamenti abilitanti e i fattori abilitanti il rischio) del verificarsi degli eventi corruttivi;
  - identificare e applicare un sistema di valutazione dell'impatto e della probabilità dei rischi mappati, in grado di misurare in maniera adeguata e attendibile l'esposizione al rischio dei processi mappati e dell'intera AO;

A tal fine è stato costituito 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 caratterizzano per un elevato livello di integrazione con gli altri livelli di responsabilità aziendali: il Dirigente dell'U.O.S.D. Risk Management (Dott. Federico) e il Dirigente della U.O.C. Programmazione e Controllo di gestione (Dott. Barresi) nonché precedente RPC dell'AO; inoltre è stato coinvolto il Direttore del Dipartimento Cardio – Vascolare (Dott. Mascia) e un dirigente della U.O.C. Provveditorato ed economato (Dott. Gargiulo).

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; il lavoro di aggiornamento è stato condotto, come già premesso, alla luce delle indicazioni contenute nelle delibere e determinazioni ANAC e alla luce delle informazioni relative all'organizzazione e al contesto interno ed esterno emerse dal gruppo di lavoro. Successivamente sono stati condotti degli approfondimenti su alcuni processi attraverso l'intervista a dirigenti e/o dipendenti owner dei processi e delle attività indagate. In particolare sono stati intervistati e coinvolti:





- Il dipendente della U.O.C. AA.GG. e Legali, dott.ssa Sammarco, collaboratore amministrativo.
- Il Direttore della U.O.C. Gestione Economico – Finanziaria, il Dott. Chianese.
- Il Direttore della U.O.C. Gestione Risorse Umane, la Dott.ssa Infante e il collaboratore amministrativo Margheron.
- Il Direttore della U.O.C. Ingegneria Ospedaliera, l'Arch. Patitucci.
- Il Direttore della U.O.C. Provveditorato ed Economato, il Dott. Cavallo.
- Il Direttore della U.O.C. Servizi Informatici Aziendali, il Dott. Sferragatta.
- Il Responsabile della U.O.S.D. Day Surgery, il Dott. Massa.
- Il Direttore della U.O.C. Farmacia, la Dott.ssa Dello Stritto.
- Il Direttore della U.O.C. Formazione e Performance, il Dott. Sgueglia.
- Il Direttore della U.O.C. Medicina Legale, il Dott. Lisi.

Il processo di approfondimento e aggiornamento dei processi e dei relativi rischi è ancora in itinere e proseguirà nel corso del 2017 al fine di completare il coinvolgimento dei rappresentanti e degli owner di processo dell'intera azienda e di pervenire ad una comprensione il più possibile esaustiva dei processi e dei relativi rischi.

Contestualmente alla fase di identificazione e analisi dei rischi di corruzione è stata realizzata, da parte dei direttori e dei dipendenti coinvolti, una valutazione di adeguatezza delle misure esistenti, in relazione alla capacità delle stesse di neutralizzare la causa del rischio identificata. A fronte di ciò sono state identificate, laddove ritenuto opportuno, delle misure integrative.

Ciò è stato realizzato tenendo conto delle indicazioni contenute nell'aggiornamento 2015 al PNA, il quale identifica nel trattamento del rischio la fase nella quale devono essere individuati i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di analisi e valutazione degli eventi rischiosi. Nelle suddette disposizioni si sottolinea, inoltre, l'impossibilità di eliminare il rischio ma l'opportunità di modificarlo, ovvero gestirlo attraverso misure atte a ridurre la probabilità intervenendo su leve organizzative, gestionali e culturali.

Inoltre, nell'aggiornamento si sottolinea che la fase di individuazione delle misure deve essere impostata avendo cura di garantire: l'efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio; la sostenibilità economica e organizzativa delle misure; l'attenzione alle esigenze peculiari di ogni singola amministrazione e/o ente.

A tal fine, bisogna, innanzitutto aver analizzato e compreso adeguatamente il rischio di corruzione e le cause che determinano il verificarsi degli eventi corruttivi; contestualmente, si procede ad una ricognizione delle misure gestionali e di controllo già esistenti, in grado di intervenire sui fattori che favoriscono la realizzazione del rischio. Tale ricognizione consente la definizione di aree di miglioramento e quindi l'individuazione di un portafoglio di misure per il rafforzamento della strategia di prevenzione del rischio di corruzione.

Nel processo di aggiornamento del PTPCT dell'AO, l'attività di trattamento del rischio si è sostanziata in una ricognizione delle misure esistenti e nella identificazione di eventuali misure integrative. Nello specifico, il RPCT con il gruppo di lavoro già costituito e con i Dirigenti e dipendenti di volta in volta coinvolti, alla luce dei rischi identificati e dell'analisi delle cause, ha valutato, in primo luogo, la presenza di misure e la loro adeguatezza nel neutralizzare le cause di



rischio; a seguito di tale valutazione ha suggerito alcune misure integrative rispondenti ai requisiti proposti dall'ANAC di efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, sostenibilità economica e organizzativa delle misure e specificità della misura rispetto alle esigenze e alle caratteristiche aziendali.

Coma già evidenziato, la ricognizione dell'esistente ha consentito di individuare carenze, criticità e aree di miglioramento per la strategia di risposta al rischio dell'AO che si sono tradotte nella proposta di un Piano di interventi, dettagliato nel capitolo 6 del presente documento.

Infine, al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia delle misure di prevenzione identificate, è necessario costruire un sistema di monitoraggio. Il PNA prevede che per ciascuna misura di prevenzione sia identificato il responsabile dell'implementazione e il termine per l'implementazione stessa. Inoltre, sottolineando la natura programmatoria del P.T.P.C., prevede, tra il nucleo minimo di dati e informazioni che esso deve contenere, la presenza di schede di programmazione delle misure di prevenzione, con indicazione degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili, degli indicatori e delle modalità di verifica dell'attuazione.

Nell'Aggiornamento 2015 del PNA la fase di controllo sulle misure viene maggiormente approfondita e nello specifico si parla di monitoraggio sull'attuazione delle misure. In particolare si rimanda alla programmazione operativa che consente al RPCT di dotarsi di uno strumento di controllo e di monitoraggio dell'effettiva attuazione delle misure, attraverso indicatori di monitoraggio. In tale ottica è anche necessario garantire integrazione e coordinamento con gli obiettivi di performance nonché con gli strumenti e i soggetti che intervengono nel ciclo di gestione della performance o in processi equivalenti.

Nell'ambito del percorso di aggiornamento e miglioramento del PTPCT dell'AO, la definizione di un sistema di monitoraggio strutturato, integrato e coordinato con gli obiettivi e il ciclo di performance, rappresenta un ambito di miglioramento da sviluppare nel corso del triennio 2017 – 2019, tenuto anche conto dello stato di recente messa a punto e attivazione del ciclo delle performance.

Nell'ambito dell'intero percorso di miglioramento e aggiornamento del sistema di prevenzione della corruzione, la Commissione straordinaria è stata costantemente informata delle azioni e dei risultati posti in essere, nonché delle eventuali criticità, sia attraverso comunicazioni formali sia attraverso il coinvolgimento e la partecipazione in riunioni plenarie o individuali con i dirigenti coinvolti.

Infine, se alla redazione del PTPCT 2017 – 2019 si è pervenuti attraverso un maggiore coinvolgimento della struttura interna, a partire dagli organi di vertice, passando per i livelli dirigenziali fino ai dipendenti, il coinvolgimento degli stakeholder esterni è stato rimandato e pianificato per il 2017. Una scelta che nasce dalla consapevolezza dell'importanza di coinvolgere gli stakeholder, ma allo stesso tempo della complessità e delicatezza di tale attività: un coinvolgimento che sia in grado di aggiungere valore sia per l'organizzazione che per gli stakeholder esterni coinvolti richiede una triplice condizione:

- Una corretta identificazione e profilazione degli stakeholder, per capire a seconda del tipo di stakeholder che tipo di coinvolgimento attivare e come;

- una sensibilizzazione, formazione o quanto meno una adeguata informazione degli stakeholder coinvolti sul tema e gli strumenti oggetto di coinvolgimento, al fine di metterli nella condizione di partecipare consapevolmente;
- una reale presa di coscienza interna sul fenomeno corruttivo, al fine di mettere i dirigenti e le strutture coinvolte nelle condizioni di attivare processi di ascolto e dialogo sostanziali, in grado di produrre realmente i cambiamenti necessari per soddisfare le esigenze degli stakeholder.

A tal fine si è ritenuto opportuno pianificare nel primo semestre del 2017 una serie di incontri con i dirigenti delle aree a rischio, tesi a identificare stakeholder e modalità di coinvolgimento e a progettare l'attuazione. Per le stesse motivazioni, non si è ritenuto opportuno realizzare forme di consultazione del PTPCT 2017-2019, ritenendo che tale attività finirebbe soltanto per alimentare un approccio e una percezione formale e di mero adempimento.

## 5. IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO: STATO DELL'ARTE E RISULTATI ATTESI

Di seguito i risultati raggiunti nella prima fase di aggiornamento, suddivisi in tre output:

- **La mappatura dei processi e le aree di rischio**, nel quale si rappresenta l'adeguamento e l'integrazione delle aree di rischio e dei processi ad esse associati, rispetto alle aree e ai processi mappati nel PTPC 2015-2017 tabella 1.
- **La mappatura e analisi degli eventi di rischio**, nel quale si riportano gli eventi di rischio di corruzione identificati in relazione ai processi mappati e le cause del verificarsi dei suddetti eventi.
- **Il sistema di valutazione impatto/probabilità**, nel quale si riportano i criteri di valutazione ritenuti opportuni e applicabili a seguito delle risultanze dell'analisi del rischio.

### 5.1 LA MAPPATURA DEI PROCESSI E LE AREE DI RISCHIO

Le fonti informative alla base della mappatura dei processi e delle aree di rischio sono rappresentate principalmente dai documenti che costituiscono il PTPC 2015-2017 dell'AO e, in particolare, la tabella 1 – Valutazione dei rischi, le conoscenze del gruppo di lavoro e degli altri dirigenti e dipendenti coinvolti, i regolamenti aziendali presenti, l'atto aziendale approvato con DCA n. 190 del 21.12.2016, nonché la parte speciale sanità della determinazione ANAC n.12 del 28 ottobre 2015 (Aggiornamento 2015 al PNA).

In particolare, l'identificazione delle aree di rischio e la mappatura dei processi presente nella tabella 1 allegata al PTPC 2015-2017 dell'AO, è stata oggetto di valutazione di conformità rispetto alle indicazioni contenute nell'Aggiornamento 2015 al PNA e di congruità ed esaustività rispetto alla pianta organizzativa e alle attività svolte dall'AO.

Tale attività ha dato luogo ai seguenti risultati:

- Revisione e integrazione dei processi mappati.
- Riconduzione dei processi alle aree generali di rischio e alle aree specifiche, previste nell'aggiornamento 2015 al PNA, e ad ulteriori aree specifiche opportunamente identificate.

- Approfondimento della descrizione di alcuni processi con relativa esplicitazione delle fasi.

In particolare i processi mappati sono passati da 55 a 37. Il minor numero di processi è riconducibile, in primo luogo ad un'attività di omogeneizzazione del livello di dettaglio per la definizione del processo, per cui alcuni processi classificabili come fasi sono stati raggruppati e ricondotto ad un unico processo; in secondo luogo sono stati eliminati alcuni processi in quanto generici, quindi riconducibili ad attività diversamente rappresentate e denominate, o non applicabili in quanto attività riconducibili piuttosto alle ASL. Infine, nonostante il minor numero di processi sono stati identificati nuovi processi o riclassificati i processi in maniera più razionale e rispondente alla realtà aziendale.

Di seguito il dettaglio delle revisioni realizzate rispetto ai processi presenti nella tabella 1 del PTPC 2015 – 2017.

*Figura 2: Raccordo tra i processi presenti nella tabella 1 del PTPC 2015-2017 dell'AO e l'aggiornamento dei processi*

Processi Mappati nella Tabella 1 PTPC 2015 - 2017	Aggiornamento processi
Da 1 a 5	Area 1 e 2 - processi ricondotti e ridefiniti nei processi da 1 a 6
Da 6 a 19	Area 3 - processi raggruppati nel processo 8
20	Area 6 - processo 26
21	Area 9 - processo ricondotto e ridefinito nel processo 32
Da 22 a 24	Area 3 - processi ricondotti e raggruppati nel processo 8
25	Area 5 - processo 21
26	Area 9 - processo ricondotto e ridefinito nel processo 32
Da 27 a 28	Area 7 - processi ricondotti e raggruppati nel processo 29
Da 29 a 30	Area 4 - processi 10 e 11
31	Area 2 - processo 7
32	Area 7 - processi ricondotti e raggruppati nel processo 29
33	Area 4 - processo ricondotto e ridefinito nel processo 15
34	Area 5 - processo 22
35	Area 4 - processo 20
36	processo eliminato
37	Area 5 - processo 23
38	Area 4 - processo 12
39	processo eliminato
40	Area 5 - processo 24
41	Area 10 - processo 37
Da 42 a 44	Area 4 - processi da 17 a 19
45	processo eliminato in quanto rientrante nell'Area 3 - processo 8
Da 46 a 47	Area 6 - processi ricondotti e ridefiniti nei processi 27 e 28
48	Area 4 - processo 13
49	Area 8 - processo 30
da 50 a 51	Area 8 - processi ricondotti e accorpati nel processo 31
52	Area 5 - processo 25
Da 53 a 55	Area 4 - processi da 14 a 16
nuovo inserimento	Area 10 - processi 35 e 36

I suddetti processi sono stati ricondotti alle aree di rischio generale e specifiche, riclassificate secondo le indicazioni dell'Aggiornamento 2015 al PNA e rispetto a ulteriori specificità dell'azienda. In particolare le aree di rischio identificate sono:

- Aree di rischio generali:
  - *Acquisizione e progressione del personale (area 1)*
  - *Incarichi e nomine (area 2)*

- *Contratti pubblici (area 3)*
- *Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio (area 4)*
- *Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni (area 5)*
- *Affari legali e contenzioso (area 10)*
- Aree di rischio specifiche:
  - *Attività Libero Professionale e Liste di attesa (area 6)*
  - *Farmaceutica (area 7)*
  - *Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione (area 8)*
  - *Medicina Legale (area 10)*

Per un dettaglio della mappatura delle aree di rischio e dei processi si rinvia all'allegato 9.1 – Catalogo rischi di corruzione dell'AO S. Anna e S. Sebastiano di Caserta – del presente documento.

## 5.2 LA MAPPATURA E ANALISI DEGLI EVENTI DI RISCHIO

Le fonti informative alla base della mappatura e analisi degli eventi di rischio sono le stesse della mappatura delle aree di rischio e dei processi, a cui si aggiungono alcune ricerche, in particolare il “Libro bianco sulla Corruption in Sanità” dell'ISPE e il report 2016 “Curiamo la corruzione. Percezioni rischi e sprechi in sanità” a cura di Transparency International Italia, in partnership con Censis, ISPE - Sanità e RiSSC.

In particolare, sempre avendo come base di riferimento la tabella 1 allegata al PTPC 2015-2017 dell'AO e tenuto conto dei processi aggiornati, si è proceduto a verificare l'eshaustività e la congruenza degli eventi di rischio precedentemente identificati, a identificarne di nuovi laddove ritenuto opportuno e ad esplicitare le cause del verificarsi degli eventi corruttivi mappati. Le cause sono state identificate facendo riferimento ai comportamenti che consentono la realizzazione dell'evento corruttivo e ai fattori abilitanti, ovvero le carenze organizzative e le criticità ambientali e culturali, interne ed esterne, la cui presenza favorisce il compiersi degli eventi corruttivi analizzati.

Tale attività ha condotto alla creazione di un catalogo di eventi rischiosi rilevanti per la L. 190/2012, in cui sono definiti per ciascun processo gli eventi rischiosi e le relative cause. In particolare **gli eventi corruttivi mappati sono 105 a fronte dei 67 precedentemente mappati** nella tabella 1 del PTPC 2015-2017. Di seguito si riporta una sintesi degli eventi di rischio per aree di rischio. Per il dettaglio si rinvia all'allegato 9.1 – Catalogo rischi di corruzione dell'AO S. Anna e S. Sebastiano di Caserta – del presente documento.

*Figura 3: Lista degli eventi corruttivi per aree di rischio*

Aree di rischio	Eventi rischiosi	Processi
1) Acquisizione e progressione del personale	1. Alterazione del fabbisogno di personale (profili e quantità). 2. Evitare intenzionalmente la stabilizzazione per favorire l'assunzione di altro personale. 3. Ricorrere agli avvisi e alle procedure	1) Reclutamento del personale non dirigenziale per selezione pubblica. 2) Reclutamento del

	<p>concorsuali bypassando la mobilità e lo scorrimento di graduatorie per favorire l'assunzione di personale determinato ex ante.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Previsione di requisiti di selezione "personalizzati", eccessivamente dettagliati o generici, allo scopo di reclutare candidati determinati ex ante.</li> <li>5. Scelta di un periodo (es. periodi festivi) per la pubblicazione del bando in cui può essere limitata la partecipazione del maggior numero di candidati possibili.</li> <li>6. Accettazione domande pervenute oltre la scadenza.</li> <li>7. Omissione o non adeguata verifica dei requisiti.</li> <li>8. Composizione pilotata della commissione di concorso al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante.</li> <li>9. Accordi e/o pressione sui componenti della commissione al fine di favorire il reclutamento di candidati definiti ex ante.</li> <li>10. Definizione di criteri per valutare i titoli e attribuire i punteggi in modo da favorire candidati definiti ex ante,</li> <li>11. Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.</li> <li>12. Opacità della pubblicazione dei risultati.</li> <li>13. Frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire.</li> <li>14. Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione.</li> <li>15. Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari</li> <li>16. Mancato rispetto dei criteri definiti in relazione all'assegnazione dei budget per la retribuzione di risultato.</li> </ol>	<p>personale dirigenziale per selezione pubblica.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) Progressioni di carriera</li> <li>4) Istituti incentivanti trattamento economico accessorio</li> </ol>
2) Incarichi e nomine	17. Utilizzo strumentale dell'art. 15 -septies del Dlgs 502/92 al fine di conferire un incarico	5) Assegnazione incarichi di consulenza



	<p>dirigenziale per interessi privati e/o corruttivi</p> <p>18. Nomina in presenza di conflitti che minano l'indipendenza necessaria per il corretto svolgimento della funzione</p> <p>19. Nomina in contrasto con le disposizioni di legge in tema di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi</p> <p>20. Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.</p> <p>21. Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente rispetto ad altri.</p> <p>22. Abuso nell'adozioni di provvedimenti di autorizzazione di incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001 al fine di favorire particolari soggetti.</p> <p>23. Esercizio non autorizzato di attività extra-istituzionale o in violazione della disciplina che detta modalità e limiti all'esercizio medesimo.</p>	<p>secondo il 15 septies Dlgs 502/92 e successive modifiche</p> <p>6) Conferimento di incarichi di collaborazione</p> <p>7) Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001</p>
<p>3) Contratti pubblici</p>	<p>24. Utilizzo distorto della proroga al fine di favorire un fornitore</p> <p>25. Frazionamento delle forniture</p> <p>26. Duplicazione e sovrapposizione di forniture equivalenti (Attivazione di procedure una tantum)</p> <p>27. Omessa rilevazione o segnalazione di incompatibilità e inconfiribilità del RUP;</p> <p>28. Mancanza di requisiti previsti dal codice appalti</p> <p>29. Fughe di notizie</p> <p>30. Clausole e requisiti di partecipazione che limitano la concorrenza</p> <p>31. Artificiosa determinazione dell'importo a base d'asta per eludere le norme sulle procedure da porre in essere</p> <p>32. Accordi collusivi con le imprese</p> <p>33. Non corretta valutazione degli importi a base d'asta nonché delle specifiche tecniche e funzionali dei prodotti/servizi da acquisire</p> <p>34. Nomina dei commissari in conflitto di interessi o privi di necessari requisiti</p> <p>35. Applicazione distorta dei criteri di valutazione</p> <p>36. Errata definizione e ponderazione dei parametri e criteri valutativi in caso di aggiudicazione mediante OEV</p> <p>37. Mancata definizione dei criteri motivazionali</p>	<p>8) Approvvigionamenti 8 bis) Somministrazione di lavoro a tempo determinato attraverso procedure di gara</p> <p>9) Convenzioni</p>

	<p>per l'attribuzione dei punteggi in caso di OEV</p> <p>38. Applicazione distorta e non congrua nella attribuzione dei punteggi per specifiche tecnico funzionali che individuano un unico operatore economico</p> <p>39. Alterazione o sottrazione documentazione di gara</p> <p>40. Mancanza di valutazione o valutazione alterata dell'offerta anomala</p> <p>41. Alterazione od omissione dei controlli e delle verifiche</p> <p>42. Mancato rispetto dei termini previsti dalla normativa di settore</p> <p>43. Mancato inserimento di tutte le clausole capitolari che disciplinano l'esecuzione del contratto</p> <p>44. Modifica in sede di stipula delle condizioni previste dal capitolato tecnico e speciale</p> <p>45. Mancata previsione della progettazione offerta</p> <p>46. Alterazioni nell'oggetto dell'appalto</p> <p>47. Aggravio di costi per l'azienda</p> <p>48. Eventuali variazioni contrattuali rispetto alle indicazioni fornite dalle centrali di committenza</p> <p>49. Mancata verifica requisiti subappaltatore</p> <p>50. Eccessivo ricorso alle varianti</p> <p>51. Mancata verifica dell'effettivo avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma</p> <p>52. Pagamenti ingiustificati</p> <p>53. Bypassare la selezione pubblica attraverso assunzioni per il tramite di agenzie di somministrazione di lavoro</p> <p>54. Iscrizione alla società somministratrice di persone che si vuole favorire nell'assunzione presso l'AO</p> <p>55. Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione al fine di favorire determinati professionisti o società</p> <p>56. Convenzioni passive: Attivare la convenzione in situazioni di urgenza o in tempi tali da favorire la richiesta di un medico determinato ex ante</p> <p>57. Convenzioni attive: inviare personale determinato ex ante</p>	
--	--	--





<p>4) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio</p>	<p>58. Indebito utilizzo delle linee telefoniche, fisse e mobili, di internet, dell'auto aziendale e di altri beni aziendali per scopi personali.</p> <p>59. Alterazione dei dati volta a favorire una struttura nell'assegnazione del budget</p> <p>60. Favorire un determinato creditore e/o debitore piuttosto che un altro.</p> <p>61. Favorire nell'ordine di pagamento un professionista</p> <p>62. Indebita percezione di emolumenti economici</p> <p>63. Abuso nella definizione/applicazione dei criteri di priorità di pagamento al fine di favorire taluni creditori/fornitori.</p> <p>64. Appropriazione indebita delle somme incassate a titolo di pagamento ticket.</p> <p>65. Falsa autodichiarazione e accettazione al CUP per ottenere l'esenzione in caso di assegnazione codice bianco</p> <p>66. Alterazione delle liste di nominativi dei beneficiari esenzione in caso di codice bianco</p> <p>67. Distrazione di risorse mediante alterazione/falsificazione dei dati/documenti.</p> <p>68. Favorire utenti non solventi.</p> <p>69. Favorire il soggetto danneggiato.</p> <p>70. Individuazione del bene mobile/immobile e/o definizione delle condizioni di acquisto o locazione in base a criteri finalizzati a far prevalere l'interesse della controparte privata rispetto all'interesse dell'amministrazione.</p>	<p>10) Utilizzo dei beni e risorse aziendali/ Richieste rimborsi spese</p> <p>11) Attribuzione budget</p> <p>12) Transazioni</p> <p>13) Liquidazione attività intramoenia</p> <p>14) Pagamento fornitori/creditori</p> <p>15) Incassi Ticket</p> <p>16) Emissione mandati/incasso reversali</p> <p>17) Recupero crediti</p> <p>18) Gestione risarcimento danni</p> <p>19) Perizie in ambito assicurativo risarcitorio</p> <p>20) Stipula e Gestione di contratti di locazione e acquisizione di beni immobili e mobili registrati</p>
--	--	---



<p>5) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</p>	<p>71. Intenzionale omissione di controllo per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio.  72. Utilizzo dei permessi o aspettative per l'assistenza a persone con grave disabilità per finalità diverse da quelle cui tali istituti sono preordinati.  73. Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle loro conseguenze negative (es. preavvertire il destinatario; falsificare l'esito dei controlli; sottrarre o alterare atti, cartelle cliniche, prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti).  74. Alterazione dati inseriti nella SDO da parte del medico  75. Alterazione dati di consumo beni (farmaci e dispositivi medici)  76. Favorire il dipendente/convenzionato sottoposto a procedimento disciplinare.  77. Omissione da parte del direttore della UO di attivare la conseguente procedura entro la tempistica prevista.  78. Intenzionale mancata chiusura del procedimento nei tempi previsti  79. Falsa attestazione della presenza in servizio.  80. Modifica dolosa della registrazione della presenza in servizio.</p>	<p>21) Attività di controllo di dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni  22) Permessi e aspettative retribuite ex lege 104/92  23) Attività di vigilanza, controllo e monitoraggio attività sanitarie  24) Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente e convenzionato  25) Attestazione della presenza in servizio.</p>
<p>6) Attività Libero Professionale e Liste di attesa</p>	<p>81. Elusione dei regolamenti concernenti l'Inserimento in lista di attesa  82. Abuso della modalità di ricovero  83. Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale.  84. Utilizzo dell'AO per far effettuare prestazioni che poi vengono utilizzate in strutture private.  85. Favorire un soggetto nell'ottenimento di autorizzazioni per l'esercizio dell'attività intramoenia e intramoenia allargata.  86. Svolgimento dell'attività intramoenia allargata in violazione delle regole stabilite (es. in orario di lavoro, in spazi non autorizzati, omettendo la fatturazione).</p>	<p>26) Prenotazione e percorso e/o erogazione di prestazioni e servizi sanitari  27) Autorizzazione Attività ALPI  28) Realizzazione attività intramoenia</p>
<p>7) Farmaceutica</p>	<p>87. Abuso della propria autonomia professionale nella inappropriata prescrizione di farmaci e materiale sanitario al fine di favorire la diffusione di un determinato prodotto, oppure al fine di frodare il Servizio Sanitario o acquisire vantaggi personali.</p>	<p>29) Gestione Farmaci e dispositivi medici</p>



	<p>88. Arbitrio nella prescrizione dei prodotti fuori gara regionale.</p> <p>89. Errata contabilizzazione o sottrazione dei farmaci registrati e consegnati da parte della farmacia.</p> <p>90. Sottrazione di farmaci durante il trasporto.</p> <p>91. Sottrazione dei farmaci alla consegna.</p> <p>92. Non corretta gestione dell'intero processo di utilizzo dei farmaci e dispositivi medici al fine di frodare il Servizio Sanitario o acquisire vantaggi personali.</p> <p>93. Alterazione delle informazioni relative al parco macchine e/o alle singole attrezzature al fine di anticipare la sostituzione e/o indurre ad acquisire attrezzature non necessarie.</p> <p>94. Omissione di manutenzione finalizzata a rendere non riutilizzabili le apparecchiature.</p>	
8) Ricerca, Sperimentazione e Sponsorizzazione	<p>95. Far prevalere l'interesse personale dello sperimentatore e altri soggetti coinvolti al fine di ottenere benefici economici.</p> <p>96. Pressione dello sperimentatore e/o di altri soggetti coinvolti su componenti del Comitato etico di riferimento al fine di ottenere benefici e vantaggi privati</p> <p>97. Accettazione impropria di donazioni, comodati d'uso e sponsorizzazioni</p>	<p>30) Sperimentazioni</p> <p>31) Sponsorizzazioni di attività non formative e formative</p>
9) Medicina legale	<p>98. Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o della Direzione, o del Direttore o Coordinatore del servizio, nella valutazione .</p> <p>99. Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione del danno biologico</p> <p>100. Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficiale ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per conduzione autoveicoli, motoveicoli, natanti).</p> <p>101. Chiamata/imposizione delle ditte funerarie da parte degli operatori</p> <p>102. Mancata attivazione di convenzioni per l'utilizzo dell'obitorio giudiziario con le amministrazioni comunali che sono tenute al rimborso delle spese, al fine di favorirle</p>	<p>32) Medicina legale Certificativa</p> <p>33) Medicina legale Necroscopica Aziendale</p> <p>34) Obitorio giudiziario</p>



10) Affari legali e contenzioso	103. Omissione di informazioni per l'istruttoria al fine di agevolare il soggetto terzo ricorrente 104. Intraprendere la via giudiziale anche quando non ricorrono gli estremi di vantaggio dell'ente, al fine di vantaggi personali 105. Mancata costituzione dell'ente come parte civile al fine di favorire il dipendente	35) Assistenza legale gestita da avvocatura interna 36) Assistenza legale gestita da avvocati nominati sulla base della short list 37) Procedimenti legali nei confronti dipendenti per responsabilità professionale e rimborso spese di giustizia
---------------------------------	--	--

### 5.3 IL SISTEMA DI VALUTAZIONE IMPATTO/PROBABILITÀ

Il sistema di valutazione dell'impatto e della probabilità adottato dall'AO nel PTPC 2015 – 2017 ha in parte seguito la metodologia indicata dal P.N.A. nell'allegato 5, applicando per la probabilità gli indici di discrezionalità, di rilevanza esterna, valore economico ed efficacia dei controlli, e per l'impatto gli indici relativi alla dimensione organizzativa, economica e di reputazione. L'indice finale di rischiosità è stato valutato non applicando il prodotto della media dei valori ottenuti, ma attribuendo un maggior peso alla gravità dell'impatto rispetto alla potenziale frequenza dell'evento negativo. Infine, le priorità di intervento in relazione ai rischi sono state individuate prendendo in considerazione anche le relazioni dei Referenti e l'esperienza di altre aziende ospedaliere. Il risultato finale è presente nella tabella 1 del PTPC 2015 - 2017.

Tuttavia, alla luce delle nuove indicazioni ANAC sulle metodologie e i criteri da applicare, e alla luce dell'analisi degli eventi di rischio realizzata, e quindi della correlata analisi organizzativa e di contesto, si è ritenuto opportuno revisionare il sistema di valutazione della probabilità e impatto già adottato.

Ciò premesso, si è ritenuto opportuno proporre un sistema di valutazione dell'impatto e della probabilità del rischio di corruzione, articolato su tre livelli di valutazione, ciascuno collegato ad una differente dimensione del patrimonio di conoscenze organizzative: conoscenze informali – esperienziali, conoscenze formali – documentali, informazioni oggettive.

In particolare, i tre livelli di valutazione della probabilità sono:

a. Valutazione soggettiva (conoscenze informali – esperienziali): richiesta di giudizio di esposizione al rischio di corruzione ai Dirigenti e responsabili dei processi/procedimenti sulla base della loro conoscenza/esperienza/percezione della possibilità di derogare e/o eludere regole e controlli al fine di realizzare un atto illecito/corrottivo a seguito di richieste, pressioni, vantaggi personali.

b. Valutazione qualitativa (conoscenze formali – documentali): richiesta di valutare ai Dirigenti di U.O.C e ai Capi Dipartimento l'efficacia delle procedure e dei controlli in essere nella



neutralizzazione delle cause degli eventi corruttivi, sulla base dell'analisi organizzativa e del contesto interno ed esterno.

c. Valutazione oggettiva (informazioni oggettive): valutare il rischio in base a rilievi da parte di organismi di controllo interni ed esterni, segnalazioni, procedimenti disciplinari associabili ai processi e ai relativi rischi.

I tre livelli di valutazione dell'impatto sono:

a. Valutazione soggettiva (conoscenze informali – esperienziali): richiesta di giudizio ai Dirigenti e responsabili dei processi/procedimenti sulla base della loro conoscenza/esperienza/percezione del danno che il verificarsi dell'evento corruttivo può generare in termini di disservizi, qualità del servizio e mancata risposta ai bisogni degli utenti/paziente.

b. Valutazione qualitativa (conoscenze formali – documentali): richiesta di valutare ai Dirigenti di U.O.C e ai Capi Dipartimento il danno che il verificarsi dell'evento corruttivo può generare in termini di risorse economiche sprecate e mal gestite, mancato perseguimento delle performance organizzative e dei LEA, sulla base dell'analisi organizzativa e del contesto interno ed esterno.

c. Valutazione oggettiva (informazioni oggettive): valutare il danno economico e di immagine in base a sanzioni amministrative a carico dell'AO comminate da organismi vigilanti, in base alla presenza sulla stampa locale e nazionale per motivi di *maladministration*, in base alle prestazioni sanitarie effettuate fuori provincia/regione (verificare se il dato è rilevabile).

Tale articolazione consente non solo di pervenire ad una rappresentazione il più possibile attendibile del livello di criticità dei rischi e dell'esposizione al rischio di corruzione dell'AO, coniugando insieme fattori qualitativi e quantitativi, percezione, esperienza e agire organizzativo, ma consente di rilevare informazioni che possono essere utilizzate dalla Direzione Strategica per verificare lo stato di salute percepito e agito dell'azienda e valutare, quindi, l'opportunità di attuare interventi volti al miglioramento organizzativo.

Nell'ambito della predisposizione del PTPCT 2017-2019, è stato applicato solo parzialmente il sistema di valutazione suddetto, chiedendo ai Dirigenti di U.O.C di validare o modificare le valutazioni di rischio presenti nella tabella 1 del PTPC 2015-2017, sulla base dell'analisi organizzativa sia per quanto riguarda la probabilità che l'impatto.

In particolare, per l'aggiornamento i criteri di cui si è tenuto conto hanno fatto riferimento ai seguenti fattori:

- ingerenza politica: valutare se e quanto gli organi politici (a livello Regionale, territoriale e aziendale) possono esercitare pressioni nella realizzazione dei processi/attività tali da far deviare scelte, azioni e risultati del management e dell'AO dal perseguimento degli interessi istituzionali/pubblici;
- discrezionalità: valutare il livello di discrezionalità che un dirigente o un funzionario può esercitare nell'ambito delle proprie azioni, mettendolo nella condizione di esercitare atti corruttivi laddove esistesse tale volontà. Il livello di discrezionalità può essere ricondotto a tre elementi: unicità/collegialità degli attori che intervengono nelle scelte e/o azioni; formalizzazione delle procedure, informatizzazione delle procedure;

- efficacia dei controlli: valutare l'adeguatezza dei controlli esistenti rispetto ai rischi identificati;
- trasparenza: valutare il livello di trasparenza presente nell'amministrazione attraverso due elementi: carenza o assenza di tracciabilità delle informazioni; pubblicità/condivisione delle informazioni.
- impatto economico: valutare il danno generato in termini di risorse economiche sprecate o mal gestite in funzione delle risorse economiche assegnate e assorbite dai processi indagati;
- impatto di qualità/efficacia del servizio: valutare il potenziale danno in termini di caratteristiche del servizio erogato (effettiva risposta a bisogni del territorio, tempi, negatività generate sul territorio);

I risultati di tale valutazione sono presenti nell'allegato 9.1 – Catalogo rischi di corruzione dell'AO S. Anna e S. Sebastiano di Caserta – del presente documento.

Per quanto riguarda l'applicazione integrale del nuovo sistema di valutazione dell'impatto – probabilità dei rischi, nel corso del primo semestre del 2017 si procederà a progettare i sistemi di rilevazione necessari e a procedere alle necessarie somministrazioni e successive elaborazioni dei dati; ciò consentirà di pervenire ad una rappresentazione completa dell'esposizione al rischio di corruzione e consentire all'AO, in particolare al RPCT, alla Direzione Strategica e ai Dirigenti di identificare e porre in essere le necessarie azioni correttive e/o misure integrative o di riprogrammare le misure in essere.

## 6. MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO: STATO DELL'ARTE E RISULTATI ATTESI

Di seguito i risultati raggiunti in ambito di misure di trattamento del rischio, tenuto conto sia di quanto realizzato nel corso del 2016 a fronte del programmato nell'ambito dell'Aggiornamento 2016 al PTPC 2015-2017, sia nell'ambito del percorso di aggiornamento, suddivisi in tre output:

- **Rendicontazione delle misure programmate**, nel quale si riporta lo stato di attuazione, nonché le motivazioni di eventuali scostamenti e le eventuali nuove programmazioni.
- **Il Piano degli Interventi**, nel quale si riportano le misure di prevenzione integrative, identificate nel corso del processo di aggiornamento realizzato, in relazione ai processi e ai rischi mappati e alle cause definite. Le misure sono funzionali al perseguimento degli obiettivi strategici definiti dall'AO.

### 6.1 RENDICONTAZIONE DELLE MISURE PROGRAMMATE

L'AO, nel corso del 2016, ha adottato provvedimenti finalizzati all'attuazione delle misure previste dall'aggiornamento 2016 del "PTPC 2015-2017", di cui alla delibera n°29/2016; lo stato di attuazione delle suddette misure, nonché le motivazioni di eventuali scostamenti e le eventuali nuove programmazioni sono di seguito sinteticamente rappresentate:

- **Misura n°1 - Consiglio dei Sanitari:** Il Consiglio dei Sanitari (CdS), istituito con deliberazione n. 310 del 29 aprile 2014, è un organismo elettivo dell'azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria e si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria. Oggetto della sua



attività è il rilascio di pareri, peraltro obbligatori, sulle attività suddette. Attraverso la misura inserita nell'aggiornamento si era individuato nel CdS, il soggetto tenuto a monitorare le azioni in ambito organizzativo, sanitario, assistenziale ed alberghiero e relazionare al RPCT almeno ogni 4 mesi sull'andamento di tali attività e su eventuali procedure a rischio di corruzione. Tuttavia, nel corso del 2016, il CdS si è riunito una sola volta e non sono pervenute al RPCT relazioni, nonostante l'attività di sollecito compiuta dal RPC sia attraverso delle note formali opportunamente comunicate che attraverso un'attività di interlocuzione. **La misura non risulta pertanto attuata.**

Da qui, l'esigenza di una **nuova programmazione**. In realtà, alla luce di un corretto inquadramento del ruolo del CdS, appare più appropriato introdurre alcune attività di interazione con il RPCT che possano rendere maggiormente monitorabile e trasparente il lavoro del CdS e di conseguenza fornire un supporto al RPCT, in particolare:

- inoltrare per conoscenza le convocazioni del Consiglio dei Sanitari al RPCT, con relativa indicazione dell'oggetto delle riunioni;
- inviare al RPCT una relazione sui contenuti, i pareri e le decisioni definite, entro i 15 gg successivi la riunione del CdS;
- inviare al RPCT una tempestiva comunicazione di tutte i pareri e le decisioni emanate dal CdS entro 5 gg dalla loro definizione;

Tale misura è di **immediata esecuzione**.

- **Misura n°2 - Collegio Sindacale e Consiglio dei Sanitari:** la misura prevede la trasmissione dei verbali delle sedute degli organi aziendali in oggetto al RPCT. Il Collegio Sindacale, per la parte di propria competenza, ha provveduto a trasmettere al RPCT i verbali delle rispettive sedute; il Consiglio dei Sanitari non ha trasmesso, a tutt'oggi, copia dei verbali delle relative sedute. **La misura risulta pertanto parzialmente attuata.** Per l'attività imputabile al Consiglio dei Sanitari si rinvia alla **nuova programmazione della misura 1.**
- **Misura n°3 – Procedure di gara, acquisti, forniture, servizi:** la misura prevede l'integrazione e modifica del Regolamento di Amministrazione e Contabilità, in particolar modo per la gestione del ciclo degli approvvigionamenti, a partire dal rafforzamento dei livelli di trasparenza. L'Azienda ha adottato, con delibera della Commissione Straordinaria n° 6 del 13.01.2016, esecutiva ai sensi di legge, il nuovo Regolamento di Amministrazione e Contabilità integrando le parti richieste dalla suddetta misura. **La misura risulta pertanto attuata.**
- **Misura n°4 – Nucleo Operativo di Controllo:** tale misura ribadiva la necessità di attivare il Nucleo Operativo di Controllo già previsto tra le misure del PTPC 2015-2017. L'Azienda ha istituito, con deliberazione della Commissione Straordinaria n°279 del 16.05.2016, esecutiva ai sensi di legge, il Nucleo Operativo di Controllo (NOC) e, con successiva deliberazione n°469 del 14.09.2016, esecutiva ai sensi di legge, ha approvato il Regolamento di funzionamento del suddetto Organismo; il suddetto NOC risulta operativo e nell'ultimo trimestre del 2016 ha avviato una serie di attività rientranti nei suoi compiti di controllo. **La misura risulta pertanto attuata.**
- **Misura n°5 – Accesso Azienda Ospedaliera:** la misura ribadiva quanto già previsto nell'ambito del PTPC 2015-2017 in merito alla progettazione e realizzazione delle strutture

e procedure necessarie alla gestione degli accessi in azienda. Con determinazione dirigenziale della u.o.c. Provveditorato ed Economato n°392 del 2016, sono stati affidati i lavori per la realizzazione di “un sistema automatizzato di un controllo degli accessi”, attualmente, in fase di ultimazione. **La misura risulta pertanto in fase di attuazione e ultimazione.**

- **Misura n°6 – Lista di attese e ricoveri:** tale misura prevede la centralizzazione delle liste di attesa e una organizzazione separata tra ricoveri di urgenza e ricoveri ordinari. L’Azienda ha adottato, con delibera della Commissione Straordinaria n° 468 del 14.09.2016, esecutiva ai sensi di legge, **il Regolamento della Centralizzazione delle Liste di Attesa dell’Area Chirurgica, che allo stato attuale risulta operativa.** Occorre inoltre sottolineare che alla gestione centralizzata della lista di attesa per il ricovero nell’area chirurgica sono stati **attivati una serie di provvedimenti collegati, in parte completati e in parte in fase di ultimazione,** nello specifico:
  - Il riordino delle attività ambulatoriali, proposta già definita da approvare e attuare entro febbraio 2017;
  - L’informatizzazione del percorso assistenziale del paziente chirurgico, con l’integrazione tecnico/funzionale dei differenti sistemi operativi aziendali (Wirglio/Gesan e Areas – Engineering) precedentemente dedicati rispettivamente alle attività ambulatoriale e a quelle di ricovero. È in fase di approvazione il capitolato che prevede l’acquisizione del suddetto sistema.
  - Riorganizzazione dell’attività chirurgica e attribuzione degli spazi operatori. La proposta è già definita, da approvare e attuare entro febbraio 2017;
  - Identificazione dei gruppi operativo/assistenziali, terapeutici in ambito aziendale e stesura del piano aziendale per l’accesso al ricovero del paziente /utente in priorità clinica e urgenza differita, al fine di uniformare comportamenti e atteggiamenti e il trattamento dei pazienti; tale misura deve essere realizzata entro giugno 2017 e prevede la costituzione dei gruppi di lavoro e avvio dei lavori entro marzo 2017 e la realizzazione e approvazione di linee guida entro giugno 2017.

Per il dettaglio e una più puntuale descrizione e progettazione delle suddette misure collegate alla misura liste di attesa – ricoveri, si fa riferimento al documento presentato dal Dott. Salvatore Massa, Responsabile UOSD Day Surgery, che rappresenta parte integrante del presente PTPCT 2017-2019.

Relativamente alla **centralizzazione delle liste di attesa dell’Area Medica e Cardiologica,** la procedura è stata **inviata per consultazione** ai Direttori dei Dipartimenti interessati.

**La misura nel suo complesso risulta pertanto in fase di attuazione e ultimazione.**

- **Misura n°7 – Rotazione incarichi:** la misura richiede la rotazione dei Dirigenti Amministrativi presenti nelle aree a rischio e del personale del comparto con incarichi di Coordinamento o di Posizione Organizzativa. A tal fine, l’Azienda ha adottato provvedimenti finalizzati alla rotazione dei Direttori di Dipartimento Area Sanitaria, dei Dirigenti Amministrativi e del personale del comparto di area amministrativa presenti nelle aree a rischio corruzione. Relativamente, invece, alla rotazione del personale del comparto





di area sanitaria, il piano predisposto a tal fine e in attesa di trasmissione alle Organizzazioni Sindacali per la dovuta informativa, è oggetto di aggiornamento al fine di recepire le indicazioni ANAC presenti nella deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016 relativamente alla definizione dei criteri della rotazione. Il suddetto aggiornamento sarà realizzato entro la fine di febbraio, data in cui dovranno già essere acquisite le eventuali osservazioni e proposte delle organizzazioni sindacali senza l'apertura, comunque, di alcuna negoziazione in materia, come previsto dalla suddetta deliberazione ANAC. A seguire, il piano di rotazione del personale del comparto area sanitaria con incarichi di coordinamento, dovrà essere approvato in via definitiva da parte della Direzione strategica aziendale. **La misura risulta pertanto in fase di ultimazione.**

- **Misura n°8 – Formazione continua sulla prevenzione della corruzione:** la misura prevede la predisposizione di un sistema FAD di aggiornamento professionale e formazione sulla Prevenzione della Corruzione. L'Azienda, in attesa della predisposizione della piattaforma e-learning ha provveduto ad organizzare due corsi di formazione in presenza sui temi dell'anticorruzione e sulla gestione del rischio; in particolare è stato organizzato un corso destinato ai 50 referenti per la prevenzione della corruzione, della durata di 24 ore; un secondo corso è stato destinato a 100 persone, tra dirigenti e dipendenti delle uu.oo.cc. afferenti alle aree a rischio di corruzione, sempre della durata di 24 ore. Successivamente ai suddetti eventi formativi, è stata predisposta e attivata la piattaforma FAD di aggiornamento professionale e formazione suddetta, che consentirà di attivare nel corso del 2017 corsi e-learning di formazione, rivolti a tutto il personale, sulla Prevenzione della Corruzione come previsto nella descrizione della misura n. 8 dell'Aggiornamento 2016 al PTPC 2015-2017. **La misura risulta pertanto in fase di ultimazione.**
- **Misura n°9 – Misura autonoma di supporto al R.P.C.:** la misura prevede l'istituzione di una Struttura Autonoma e di una Task force. L'Azienda ha provveduto ad individuare due Dirigenti dell'Area Amministrativa in qualità di componenti di una Task Force che avrebbe dovuto supportare part-time il RPCT; in corso d'anno la task force si è ridotta ad un solo componente in quanto uno dei dirigenti identificati ha usufruito della mobilità presso la Regione Campania; peraltro l'unico componente a supporto del RPCT, dirigente della u.o.c. Provveditorato ed Economato, alla luce dell'effettivo carico di lavoro attribuito, di fatto non ha potuto fornire l'adeguato supporto. Inoltre, in merito all'istituzione di una Struttura Autonoma dedicata alle attività di Prevenzione della corruzione, in dipendenza del RPCT, non è stato possibile costituirla in assenza di personale a causa di una situazione di carenza di risorse umane in cui l'Azienda si trova ad operare. Alla luce di ciò, tenuto conto dei nuovi adempimenti in tema di anticorruzione, trasparenza e accesso civico, introdotti dal D.lgs. 97/2016 e dalle delibere ANAC n. 831/2016, n. 1309/2016 e 1310/2016, si rende necessario definire la composizione della Struttura autonoma alle dipendenze e a supporto del RPCT; in particolare **entro la fine di febbraio dovrà essere identificato personale dedicato e adeguato**, rispondente ad una qualifica di collaboratore amministrativo esperto, in grado di coadiuvare il RPCT nella preparazione delle attività e degli atti propedeutici all'attività di indirizzo, coordinamento, gestione e monitoraggio del sistema di prevenzione della corruzione nonché degli obblighi della trasparenza e dell'accesso civico. Inoltre,

sempre entro la fine di febbraio, si prevede l'attivazione di incontri con le uu.oo.cc. "Formazione e Performance" e "Programmazione e controllo di gestione", al fine di identificare le sinergie nelle attività di programmazione e controllo e, conseguentemente, le modalità di condivisione delle risorse umane delle suddette uu.oo.cc., nella logica di integrazione delle attività, così come richiamata dall'ANAC nella Delibera n. 831/2016. L'identificazione della struttura autonoma e della condivisione delle risorse afferenti alle uu.oo.cc. suddette dovrà essere oggetto di un apposito atto approvato da parte della Direzione strategica aziendale. La misura risulta pertanto parzialmente attuata ma non efficace e quindi oggetto di nuova programmazione.

## 6.2 IL PIANO DEGLI INTERVENTI

Oltre ad una nuova programmazione di misure già identificate o di ulteriori misure collegate alle suddette misure, nell'ambito del processo di aggiornamento del PTPC 2015-2017, sono emerse una serie di indicazioni di misure integrative, alla luce degli eventi rischiosi indagati e delle cause di rischio presenti e/o persistenti. Le diverse misure identificate vanno a costituire un **Piano degli interventi** che sarà oggetto di una approfondita valutazione di sostenibilità economico-finanziaria e di fattibilità organizzativa, da parte dei Direttori delle uu.oo.cc interessati, con il supporto del RPCT e delle uu.oo.cc con competenze inerenti le valutazioni in oggetto. **Gli incontri finalizzati a tali valutazioni saranno realizzati nell'arco del primo semestre del 2017 e daranno luogo alla selezione definitiva della misura e alla sua successiva progettazione esecutiva.**

In armonia con la denominazione delle tipologie di misure proposte dall'ANAC nell'aggiornamento del PNA, il presente Piano degli interventi di integrazione/miglioramento dell'AO si articola in 9 linee di intervento, ciascuna riconducibile alle seguenti tipologie di misure:

- misure di controllo;
- misure di disciplina del conflitto di interessi;
- misure di regolamentazione;
- misure di trasparenza;
- misure di rotazione;
- misure di adeguamento organizzativo;
- misure di informatizzazione;
- misure di segnalazione e protezione;
- misure di formazione, informazione e sensibilizzazione.

La prima linea di intervento si pone come finalità quella di rafforzare l'efficacia delle attuali procedure di verifica e controllo attraverso l'introduzione di un set di ulteriori misure di controllo. Nella tabella che segue, l'elenco di dettaglio delle misure di controllo con l'indicazione dei processi e fasi di processo alle quali ciascuna di esse è associata.

Figura 4: Linea d'intervento 1- Misure di Controllo

MISURA PROPOSTA	PROCESSO/FASE DI RIFERIMENTO	ATTUAZIONE
Sviluppare un sistema di alert per verificare eventuali	Approvvigionamenti Programmazione	- Da sviluppare progettazione esecutiva

anomalie		
Controllo a campione successivo sul rispetto delle procedure	Reclutamento di personale non dirigenziale con selezione pubblica – Programmazione e Progettazione Reclutamento del personale dirigenziale per selezione pubblica - Programmazione e Progettazione	Da sviluppare progettazione esecutiva
Vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali	Reclutamento del personale dirigenziale per selezione pubblica - Identificazione del fabbisogno	Da sviluppare progettazione esecutiva
Monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri della commissione	Reclutamento del personale dirigenziale per selezione pubblica - Definizione e costituzione della commissione giudicatrice	Da sviluppare progettazione esecutiva
Implementare il controllo di gestione per garantire la correlazione degli obiettivi.	Approvvigionamenti – Programmazione	Da sviluppare progettazione esecutiva
Implementazione di un sistema di verifica e monitoraggio dell'efficacia degli esiti di gara (ad es.: gare deserte; numero di gare per le quali è pervenuta un'unica offerta; importi a base d'asta non congrui , etc...)	Approvvigionamenti – Progettazione della gara	Da sviluppare progettazione esecutiva
Predisposizione di check list di controllo sul rispetto di tutti gli adempimenti connessi alla verifica dei requisiti	Approvvigionamenti – Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Da sviluppare progettazione esecutiva
Monitoraggio delle convenzioni attivate	Convenzioni – Convenzioni con enti non profit	Da sviluppare progettazione esecutiva
Controlli a campioni da parte delle UO che gestiscono le attrezzature	Utilizzo dei beni e risorse aziendali/ Richieste rimborsi spese	Da sviluppare progettazione esecutiva
Il CUP produce un report mensile all'Alpi dei rimborsi effettuati	Incassi Ticket	Da sviluppare progettazione esecutiva
Produzione di un report trimestrale a cura del CUP nel quale riportare coloro che hanno autocertificato esenzione per codice bianco o sono stati identificati quali	Incassi Ticket	Da sviluppare progettazione esecutiva



<p>esentati dal pagamento di ticket.</p> <p>Trasmissione dei suddetti report per il tramite della Direzione Sanitaria all'ASL per incrociare la veridicità degli stessi.</p>		
<p>Definire e condividere linee guida per attività di controllo delle dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni</p>	<p>Attività di controllo di dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni</p>	<p>Da sviluppare progettazione esecutiva</p>
<p>Indicare tra gli obiettivi di performance la realizzazione di un 25% di controlli su dichiarazioni con criterio di rotazione per tipologia di autorizzazione.</p>	<p>Attività di controllo di dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni</p>	<p>Da sviluppare progettazione esecutiva</p>
<p>Obbligo per le strutture coinvolte in procedimenti disciplinari e l'UPD di effettuare una relazione sull'attività svolta con indicazione esplicita dei procedimenti non conclusi o non attivati, da inviare al RPC e al Direttore Amministrativo</p>	<p>Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente e convenzionato</p>	<p>Da attuare con esecuzione immediata</p>
<p>L'UPD realizza un monitoraggio dei procedimenti disciplinari sulla base delle relazioni ottenute e identifica alcuni indicatori di alert per attivare conseguentemente delle verifiche</p>	<p>Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente e convenzionato</p>	<p>Da sviluppare progettazione esecutiva</p>
<p>Il GRU realizza controlli a campione della presenza in servizio con cadenza mensile</p>	<p>Attestazione della presenza in servizio.</p>	<p>Da sviluppare progettazione esecutiva</p>
<p>Rivedere e implementare il sistema dei controlli</p>	<p>Realizzazione attività intramoenia</p>	<p>Da sviluppare progettazione esecutiva</p>

La seconda linea d'intervento racchiude un set di misure volte ad evitare l'insorgere di situazioni nelle quali l'interesse privato o il simultaneo svolgimento di più funzioni da parte di un dipendente, possano impropriamente influenzare lo svolgimento delle funzioni stesse e l'adempimento delle responsabilità del dipendente. In particolare, si prevede di disciplinare e regolamentare in maniera puntuale il tema della gestione del conflitto d'interessi e delle incompatibilità – soprattutto con riferimento al conferimento d'incarichi, all'assegnazione di ruoli e alla nomina in Commissioni –



anche al fine di favorire l'attuazione e il rispetto di quanto già previsto nel Codice Etico e dal PTPC 2015-2017. Parallelamente, si ritiene necessario l'adeguamento della modulistica e documentazione amministrativa interna attraverso l'apposizione di dichiarazioni d'insussistenza di conflitti d'interessi, relazioni di parentela o cause di incompatibilità da parte di soggetti coinvolti nella realizzazione di determinate attività. Inoltre, anche su indicazione dell'ANAC, si ritiene opportuno affiancare a misure di predisposizione e gestione della modulistica, misure di formazione e informazioni volte ad aumentare la consapevolezza e la capacità di riconoscere e intercettare situazioni di conflitto di interesse. Nella tabella che segue, l'elenco di dettaglio delle misure di disciplina del conflitto di interessi con l'indicazione dei processi e fasi di processo alle quali ciascuna di esse è associata.

Figura 5: Linea d'intervento 2 - Misure di disciplina del conflitto di interessi

MISURA PROPOSTA	PROCESSO/FASE DI RIFERIMENTO	ATTUAZIONE
Verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi.	Reclutamento del personale dirigenziale per selezione pubblica - Definizione e costituzione della commissione giudicatrice	Da sviluppare progettazione esecutiva
Sottoscrizione di modelli che attestino l'assenza di cause di incompatibilità e inconferibilità dell'incarico	Approvvigionamenti - Progettazione della gara	Da sviluppare progettazione esecutiva
Predisposizione della modulistica per la dichiarazione di assenza di conflitti di interesse e di incompatibilità/inconferibilità e relative verifiche per la nomina delle commissioni di supporto al DEC	Approvvigionamenti - Esecuzione e rendicontazione	Da sviluppare progettazione esecutiva
Controlli sull'assenza di conflitti di interesse tra il personale da assumere e il personale operante nelle unità operative di assegnazione	Somministrazione di lavoro a tempo determinato attraverso procedure di gara	Da sviluppare progettazione esecutiva
Predisposizione della modulistica per la dichiarazione di assenza di conflitto di interesse con i medici con cui si va a lavorare in caso di invio presso altre PA per attività intramoenia	Convenzioni - Convenzioni con altre PA relativa all'attività intramoenia	Da sviluppare progettazione esecutiva
Costituzione di un registro delle dichiarazioni del conflitto di interessi, da rendere pubblico e aggiornabile	Trasversale	Da sviluppare progettazione esecutiva
Formazione dei professionisti coinvolti mediante moduli	Trasversale	Da sviluppare progettazione esecutiva

dedicati alla gestione dei conflitti di interesse		
Informazione puntuale e tempestiva degli operatori coinvolti, ad esempio mediante l'adozione e diffusione di documenti esplicativi che facilitino l'autovalutazione delle situazioni personali e relazionali con riferimento al contesto in cui ciascun soggetto si trova ad operare (in una Commissione giudicatrice, in un Collegio tecnico per la stesura degli atti di gara, ecc.).	Trasversale	Da sviluppare progettazione esecutiva

La terza linea di intervento guarda alla necessità di aggiornare alcune delle procedure esistenti e di standardizzare attività non ancora proceduralizzate al fine di fornire indicazioni sulle azioni da mettere in atto e i comportamenti da tenere e ridurre la possibilità che si faccia un uso distorto della discrezionalità.

Nella tabella che segue, l'elenco di dettaglio delle misure di regolamentazione con l'indicazione dei processi e fasi di processo alle quali ciascuna di esse è associata.

*Figura 6: Linea d'intervento 3 - Misure di regolamentazione*

MISURA PROPOSTA	PROCESSO/FASE DI RIFERIMENTO	ATTUAZIONE
Inserire nel processo di definizione dei profili da reclutare un'attività di interfaccia tra la Direzione Strategica destinataria delle richieste di rafforzamento degli organici dei reparti ed il GRU che ha una conoscenza aggiornata della dotazione organica aziendale.	Reclutamento di personale non dirigenziale per selezione pubblica - Identificazione del fabbisogno Reclutamento di personale dirigenziale per selezione pubblica - Identificazione del fabbisogno	Da attuare con esecuzione immediata
Ogni ulteriore integrazione e/o modifica richiesta rispetto ai criteri di selezione previste nelle normative vigenti deve essere formulate e motivata per iscritto dalla Direzione Strategica.	Reclutamento di personale non dirigenziale per selezione pubblica - Definizione dei criteri per la selezione	Da attuare con esecuzione immediata

NB

Definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione.	Reclutamento di personale dirigenziale per selezione pubblica - Definizione e costituzione della commissione giudicatrice	Da sviluppare progettazione esecutiva
Definire regolamento per il conferimento di incarichi dirigenziali a tempo determinato	Assegnazione incarichi di consulenza secondo il 15 septies Dlgs 502/92 e successive modifiche	Da sviluppare progettazione esecutiva
Verificare il regolamento della tenuta e gestione short list	Conferimento di incarichi di collaborazione - Selezione e incarichi di consulenza legale.	Da sviluppare progettazione esecutiva
Applicazione bandi tipo ANAC	Approvvigionamenti – Progettazione della gara	Da attuare con esecuzione immediata
Utilizzo di modelli e documenti standard per la redazione degli atti di gara	Approvvigionamenti – Progettazione della gara	Da sviluppare progettazione esecutiva
Direttive e linee guida per la corretta conservazione della documentazione di gara	Approvvigionamenti – Selezione del contraente	Da sviluppare progettazione esecutiva
Obbligo di menzione nei verbali di gara delle modalità di conservazione dei plichi	Approvvigionamenti – Selezione del contraente	Da attuare con esecuzione immediata
Regolamento per la nomina delle commissioni di supporto al DEC	Approvvigionamenti – Esecuzione e rendicontazione	Da attuare con esecuzione immediata
Attivare nuovamente la selezione pubblica	Somministrazione di lavoro a tempo determinato attraverso procedure di gara	Da sviluppare progettazione esecutiva
Sostituire le convenzioni con l'attivazione di una short list di medici a cui attingere in caso di necessità	Convenzioni - Convenzioni con altre PA relativa all'attività intramoenia	Da sviluppare progettazione esecutiva
Regolamentare la programmazione del fabbisogno di personale medico per attività intramoenia attiva e passiva	Convenzioni - Convenzioni con altre PA relativa all'attività intramoenia	Da sviluppare progettazione esecutiva
Coinvolgere il direttore di struttura complessa solo per il rilascio dell'autorizzazione per l'invio di medici specialisti presso altre PA per	Convenzioni - Convenzioni con altre PA relativa all'attività intramoenia	Da sviluppare progettazione esecutiva



l'attività intramoenia		
Ancorare l'assegnazione del budget agli obiettivi del Piano della performance	Attribuzione budget	Da attuare con esecuzione immediata
Contabilità separata gestita dall'ALPI con divieto per i medici di prendere soldi direttamente dal paziente	Liquidazione attività intramoenia	Da sviluppare progettazione esecutiva
Recepire l'obiettivo dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni nel codice di comportamento	Attività di controllo di dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni	Da sviluppare progettazione esecutiva
Attuazione del regolamento previsto nel PTPC 2015-2017 e successivo aggiornamento: disciplinare l'accesso in PS e rimettere la decisione del ricovero ordinario alla decisione e responsabilità dello specialista di branca.	Prenotazione e percorso e/o erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Da sviluppare progettazione esecutiva
Regolamentare la prassi e consentire la visualizzazione di un alert in caso di accesso al pronto soccorso di paziente già inserito in lista di attesa per la stessa patologia.	Prenotazione e percorso e/o erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Da sviluppare progettazione esecutiva
Predisposizione regolamento aziendale per l'accettazione esami esterni e per l'invio ad altre aziende per la realizzazione di prestazioni, da collegare ad una effettiva impossibilità dell'AO di fornire la prestazione nei tempi necessari.	Prenotazione e percorso e/o erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Da sviluppare progettazione esecutiva
Attivazione della prescrizione interna (verificare la presenza di	Prenotazione e percorso e/o erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Da sviluppare progettazione esecutiva



un regolamento interno)		
Verificare Regolamento ed eventualmente integrarlo prevedendo anche per donazioni e comodati d'uso il ricorso a bandi o avvisi pubblici	Sponsorizzazioni di attività non formative e formative	Da sviluppare progettazione esecutiva
Procedure che prevedano che le richieste di sponsorizzazione siano indirizzate direttamente alla struttura indicata dall'azienda (es. Direzione Sanitaria) e non ai singoli professionisti o a loro associazioni private e che tali richieste non siano mai nominative, dovendo essere l'azienda a indicare e autorizzare i dipendenti idonei a beneficiarne (in relazione al ruolo organizzativo, al bisogno formativo, ecc.);	Sponsorizzazioni di attività non formative e formative	Da sviluppare progettazione esecutiva
Regolamentare i flussi informativi e la definizione degli attori responsabili dell'invio delle informazioni	Assistenza legale gestita da avvocatura interna	Da sviluppare progettazione esecutiva
Aggiornare il codice di comportamento alla luce delle Linee guida ANAC	Trasversale	Da sviluppare progettazione esecutiva

La quarta linea di intervento guarda alla trasparenza e si pone come finalità quella di assicurare la più ampia conoscenza da parte degli stakeholder interni ed esterni di informazioni rilevanti relative all'agire dell'AO nei diversi processi e servizi, al fine di favorire forme di controllo civico.

Fanno parte di tale linea di intervento, innanzitutto, un set di misure riconducibili alla pubblicazione sul sito istituzionale di ulteriori dati e informazioni rispetto a quelle già pubblicate in ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs 33/2013.

Sono previste, inoltre, misure che guardano alla necessità di rendere esplicite e note le motivazioni sottostanti determinate scelte e decisioni nonché misure volte a garantire la chiarezza e completezza delle informazioni fornite.

Nella tabella che segue, l'elenco di dettaglio delle misure di trasparenza con l'indicazione dei processi e fasi di processo alle quali ciascuna di esse è associata.



Figura 7: Linea d'intervento 4 - Misure di trasparenza

MISURA PROPOSTA	PROCESSO/FASE DI RIFERIMENTO	ATTUAZIONE
Predisporre una modulistica per la dichiarazione dei requisiti (vedi predisposizione cv) che consenta di rilevare in maniera chiara la presenza dei requisiti.	Reclutamento di personale non dirigenziale con selezione pubblica - Verifica requisiti	Da sviluppare progettazione esecutiva
Obbligo di pubblicazione (art 19 del Dlgs 33/2013 come modificato dall'art. 18 del Dlgs 97/2016) dei criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte, relativamente al reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione.	Reclutamento di personale non dirigenziale e dirigenziale con selezione pubblica – Selezione del personale	Da attuare con esecuzione immediata
Predisporre una modulistica per la dichiarazione dei titoli che consenta di attribuire in maniera diretta i punteggi riconosciuti ai titoli posseduti.	Reclutamento di personale non dirigenziale con selezione pubblica - Verifica titoli	Da sviluppare progettazione esecutiva
Motivazione formalizzata del riconoscimento o non riconoscimento di titoli non immediatamente classificabili secondo i criteri predefiniti.		Da sviluppare progettazione esecutiva
Definizione del profilo professionale coerente e congruente rispetto all'incarico, connotata da elementi di specificità e concretezza, anche per fornire alla commissione giudicatrice uno strumento idoneo a condurre il processo di valutazione nel modo più rispondente possibile alle necessità rilevate	Reclutamento di personale dirigenziale con selezione pubblica - Definizione dei profili dei candidati	Da sviluppare progettazione esecutiva
Massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.	Reclutamento di personale dirigenziale con selezione pubblica - Comunicazione e pubblicazione dei risultati	Da sviluppare progettazione esecutiva

Obbligo di motivazione del tipo di procedura prescelta	Approvvigionamenti – Progettazione della gara	Da sviluppare progettazione esecutiva
Pubblicazione delle convenzioni con enti non profit	Convenzioni – Convenzioni con enti non profit	Da attuare con esecuzione immediata
Regolamentare e rendere trasparente l'attività di comunicazione della convenzione attiva	Convenzioni - Convenzioni con altre PA relativa all'attività intramoenia	Da sviluppare progettazione esecutiva
Tracciabilità dei pagamenti mediante installazione di POS.	Liquidazione attività intramoenia	Da sviluppare progettazione esecutiva
Comunicazione all'azienda delle sponsorizzazioni ricevute e pubblicazione su sito in sezione "Sponsorizzazioni dipendenti"	Sponsorizzazioni di attività non formative e formative	Da sviluppare progettazione esecutiva
Attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016	Trasversale/RPCT	Da attuare con esecuzione immediata
Attuazione della disciplina sull'accesso civico come modificata dal d.lgs. 97/2016	Trasversale/RPCT	Da sviluppare progettazione esecutiva

La quinta linea d'intervento riporta ulteriori misure di rotazione, oltre a quelle già in essere e in fase di attuazione all'interno dell'AO, finalizzate a garantire la correttezza e l'equità nella gestione di risorse e per garantire pari opportunità di crescita professionale a tutti i dipendenti dell'AO.

Nella tabella che segue, l'elenco di dettaglio delle misure di rotazione con l'indicazione dei processi e fasi di processo alle quali ciascuna di esse è associata.

Figura 8: Linea d'intervento 5 - Misure di rotazione

MISURA PROPOSTA	PROCESSO/FASE DI RIFERIMENTO	ATTUAZIONE
Rotazione dei membri della commissione.	Assegnazione incarichi dirigenziali di struttura complessa per selezione pubblica - Definizione e costituzione della commissione giudicatrice	Da sviluppare progettazione esecutiva
Stabilire criteri di rotazione nomina RUP	Approvvigionamenti – Progettazione della gara	Da sviluppare progettazione esecutiva
Le risorse derivanti dalle sponsorizzazioni sono utilizzate attraverso l'istituzione di un fondo dedicato alla formazione dei professionisti, da gestire secondo criteri di rotazione,	Sponsorizzazioni di attività non formative e formative	Da sviluppare progettazione esecutiva

imparzialità e con modalità che garantiscano la piena trasparenza.		
--	--	--

La sesta linea d'intervento riporta le esigenze di adeguare in termini di risorse, di spazi e di strumenti alcuni uffici e reparti in quanto la carenza degli stessi può inficiare la corretta attuazione di alcune misure di prevenzione o essere essa stessa causa del verificarsi di eventi corruttivi. Nella tabella che segue, l'elenco di dettaglio delle misure di adeguamento organizzativo con l'indicazione dei processi e fasi di processo alle quali ciascuna di esse è associata.

Figura 9: Linea d'intervento 6 - Misure di adeguamento organizzativo

MISURA PROPOSTA	PROCESSO/FASE DI RIFERIMENTO	ATTUAZIONE
Potenziare il personale per implementare la nuova organizzazione del lavoro	Approvvigionamenti - Programmazione	Da sviluppare progettazione esecutiva
Integrazione di risorse dedicate alle comunicazioni ex lege	Approvvigionamenti - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Da sviluppare progettazione esecutiva
Acquisizione di risorse a supporto dell'ufficio centralizzato per la stipula dei contratti	Approvvigionamenti - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Da sviluppare progettazione esecutiva
Acquisizione di risorse a supporto dell'ufficio centralizzato dedicate esclusivamente alle verifiche e controlli	Approvvigionamenti - Esecuzione e rendicontazione	Da sviluppare progettazione esecutiva
Creazione di un ufficio o di un settore dedicato alla progettazione di forniture di beni e servizi (ufficio di marketing)	Approvvigionamenti - Esecuzione e rendicontazione	Da sviluppare progettazione esecutiva
Implementazione del Totem per il pagamento del codice bianco presso il Pronto Soccorso per evitare il mancato pagamento	Incassi Ticket	Da sviluppare progettazione esecutiva
Identificazione posti letto dedicati a ricoveri di elezione (liste di attesa).	Prenotazione e percorso e/o erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Da sviluppare progettazione esecutiva
Riportare l'attività intramoenia nelle strutture ospedaliere	Realizzazione attività intramoenia	Da sviluppare progettazione esecutiva
Rafforzare l'avvocatura interna in termini di risorse (prevedere dei referenti dell'avvocatura in ciascuna	Assistenza legale gestita da avvocatura interna	Da sviluppare progettazione esecutiva

UO)		
-----	--	--

L'informatizzazione e l'integrazione di sistemi informatici e informativi rappresenta sicuramente una linea d'intervento rilevante in quanto interviene sulla tracciabilità, condivisione e omogeneizzazione delle informazioni e delle modalità con le quali fornire e gestire le stesse, riducendo, quindi allo stesso tempo spazi di discrezionalità e di errore.

Nella tabella che segue, l'elenco di dettaglio delle misure di informatizzazione con l'indicazione dei processi e fasi di processo alle quali ciascuna di esse è associata.

Figura 10: Linea d'intervento 7 - Misure di informatizzazione

MISURA PROPOSTA	PROCESSO/FASE DI RIFERIMENTO	ATTUAZIONE
Gestione informatizzata del timing	Approvvigionamenti Programmazione	Da sviluppare progettazione esecutiva
Gestione informatizzata dell'albo fornitori	Approvvigionamenti Programmazione	Da sviluppare progettazione esecutiva
Utilizzo di sistemi informatici e/o sorteggio pubblico per l'individuazione degli operatori economici da invitare	Approvvigionamenti – Progettazione della gara	Da sviluppare progettazione esecutiva
Accessibilità on line della documentazione di gara	Approvvigionamenti – Selezione del contraente	Da sviluppare progettazione esecutiva
Inserire un blocco informatico per il pagamento che non rispetta la cronologia delle determine e/o atto autorizzato, da sbloccare tramite motivazione tracciata sul sistema informatico.	Pagamento fornitori/ creditori	Da sviluppare progettazione esecutiva
Rendere attuativa l'informatizzazione della cartella clinica	Attività di vigilanza, controllo e monitoraggio attività sanitarie Gestione Farmaci e dispositivi medici	In corso di attuazione
Procedure informatizzare per la tracciabilità degli esami oltre che per i prelievi	Attività di vigilanza, controllo e monitoraggio attività sanitarie	In corso di attuazione
Aggiornamento e integrazione del software informatico del pronto soccorso con il sistema informatico aziendale	Attività di vigilanza, controllo e monitoraggio attività sanitarie	In corso di attuazione

L'ottava linea di intervento si pone come finalità quella di tutelare quei soggetti che all'interno dell'organizzazione hanno la volontà di promuovere comportamenti finalizzati all'interesse

pubblico, opponendosi anche a situazioni, decisioni e comportamenti che si ritengono contrari o non congrui rispetto alle finalità istituzionali.

Nella tabella che segue, l'elenco della misura ulteriore di segnalazione e protezione, che si va ad aggiungere a quelle già attive nell'organizzazione.

Figura 11: Linea d'intervento 8 - Misure di segnalazione e protezione

MISURA PROPOSTA	PROCESSO/FASE DI RIFERIMENTO	ATTUAZIONE
In caso di dissensi o pareri avversi di un sottoposto nei confronti di richieste e atti di un proprio superiore o di pari grado, prevedere un flusso informativo formalizzato, attraverso il quale formalizzare e motivare il dissenso o pareri avversi supportati da riferimenti tecnico - legislativi a cui deve far seguito un riscontro gestito in modo amministrativamente corretto, per evitare atteggiamenti ritorsivi e di penalizzazione dell'estensore (rimozione, etc...)	Trasversale	Da sviluppare progettazione esecutiva

Infine, l'ultima linea di intervento raggruppa le misure che sono finalizzate ad accrescere la cultura della legalità, la conoscenza del fenomeno corruttivo e dei suoi impatti, nonché la conoscenza degli strumenti normativi e adottati dalla azienda per prevenire il fenomeno corruttivo.

Figura 12: Linea d'intervento 9 - misure di formazione, informazione e sensibilizzazione.

MISURA PROPOSTA	PROCESSO/FASE DI RIFERIMENTO	ATTUAZIONE
Formazione su piattaforma e-learning di tipo generale e specialistico	Trasversale	Da sviluppare progettazione esecutiva
Coinvolgimento e sensibilizzazione degli stakeholder esterni	Trasversale	Da sviluppare progettazione esecutiva

## 7. LA TRASPARENZA EX D.LGS 33/2013 E D.LGS. 97/2016: STATO DELL'ARTE E MODALITÀ PER GARANTIRE GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E L'ACCESSO CIVICO

### 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 04/03/2016).

Infine, è stato nominato il R.A.S.A., 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 - gestionale dell'AO al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti in materia di trasparenza, attraverso l'attivazione di incontri del RPCT con le uu.oo.cc. "Formazione e Performance" e "Programmazione e controllo di gestione", al fine di identificare le sinergie nelle attività di programmazione e controllo e definire un sistema integrato di programmazione economico finanziaria - performance – trasparenza – anticorruzione – controlli.

### 7.3 FLUSSI INFORMATIVI E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Nella tabella presente nell'allegato 9.2 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 9.2 del presente PTPCT 2017\_2019, 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 9.2 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 RPCT 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 2017 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. IL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AO: TRAIETTORIE FUTURE

L'attività di aggiornamento delle componenti del sistema di prevenzione della corruzione ha riguardato principalmente tre aspetti:

- L'introduzione e l'adozione di metodologie di gestione del rischio più accurate, anche alla luce delle indicazioni contenute nell'aggiornamento 2015 al PNA
- L'aggiornamento della mappatura dei processi e dei rischi
- La valutazione di adeguatezza delle misure esistenti e l'identificazione di ulteriori misure

Rispetto ai suddetti aspetti, se una serie di risultati sono stati già concretizzati, altrettanti occorre perseguirli nel breve – medio termine.

Nello specifico, il processo di approfondimento e aggiornamento dei processi e dei relativi rischi è ancora in itinere e proseguirà nel corso del 2017 al fine di completare il coinvolgimento dei rappresentanti e degli owner di processo dell'intera azienda, in modo da pervenire ad una comprensione il più possibile esaustiva dei processi e dei relativi rischi. In particolare:

- Nel corso del primo semestre del 2017 si intende concludere la mappatura di quei processi il cui livello di descrizione è rimasto ad un livello di dettaglio generale.
- Contestualmente, completare l'analisi delle cause dei rischi mappati ed, eventualmente, revisionare e integrare quelli esistenti con particolare riferimento ai processi suddetti.

Con riferimento al sistema di valutazione dell'impatto e della probabilità, come già anticipato nel paragrafo 5.3 del presente documento, nel corso del primo semestre del 2017 si procederà ad implementare i differenti livelli di valutazione previsti, al fine di pervenire ad una rappresentazione completa dell'esposizione al rischio di corruzione e consentire all'AO, in particolare al RPC, alla Direzione Strategica e ai Dirigenti di suggerire e attuare eventuali correttivi alle azioni in essere e/o programmare nuovi interventi da inserire nel PTPC 2018-2020.

Con riferimento alle misure integrative, i dirigenti interessati e responsabili saranno coinvolti nel corso del primo semestre del 2017 in gruppi di lavoro e/o saranno singolarmente supportati per predisporre delle schede di progettazione e monitoraggio delle misure presenti nel Piano degli interventi, ritenute sostenibile e fattibili, al fine di consentire l'attivazione e il monitoraggio delle stesse nel corso del triennio 2017 - 2019.

Inoltre al fine di consentire una efficace attuazione delle misure integrative, nonché la realizzazione di un processo di gestione del rischio teso al miglioramento organizzativo, entro la fine di marzo 2017, si prevede l'attivazione di incontri del RPCT con le uu.oo.cc. "Formazione e Performance" e "Programmazione e controllo di gestione", al fine di identificare le sinergie nelle attività di programmazione e controllo e definire un sistema integrato di programmazione economico finanziaria - performance – trasparenza – anticorruzione – controlli.

Infine, si procederà a sviluppare un sistema di monitoraggio strutturato e integrato con altre unità organizzative e organi di controllo. Nello specifico, l'attività di progettazione esecutiva da realizzare con i direttore delle uu.oo.cc entro il primo semestre 2017 sarà utilizzata anche per identificare gli indicatori di monitoraggio, con il supporto della u.o.c "Programmazione e controllo di gestione"; allo stesso tempo, il RPCT procederà a definire sempre con la u.o.c.



“Programmazione e controllo di gestione” un sistema di alert per la segnalazione delle anomalie, da completare entro la fine del 2017.

## 9. ALLEGATI:

### 9.1 CATALOGO RISCHI DI CORRUZIONE 2017-2019 DELL'AO S. ANNA E S. SEBASTIANO DI CASERTA

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 (laddove rilevate), 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 delle misure integrative.
- L'indicazione del Responsabile per l'attuazione delle suddette misure.

A completare il documento vi sono ulteriori tre fogli;

- il prospetto di raccordo tra le informazioni contenute nella tabella 1 del PTPC 2015 – 2017 con le informazioni del presente catalogo che ne rappresenta un aggiornamento.
- Una matrice processi – unità organizzative che fornisce una visione d'insieme dei processi e delle unità organizzative ad essi interessati.
- Una lista delle misure ulteriori di carattere trasversale.

### 9.2 TABELLA OBBLIGHI DI TRASPARENZA SECONDO DLGS 33/2013 E DLGS 97/2016

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.

Caserta, 31/01/2017

Ing. Vittorio Emanuele Romallo

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e  
della Trasparenza

