



# **Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**

**2018 – 2020**

## Indice

1. Premessa
  - 1.1 Acronimi e definizioni
2. Scopo del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
  - 2.1 Definizione di corruzione
3. Riferimenti normativi
4. Campo di applicazione
5. Analisi dei contesti
  - 5.1 Contesto esterno
  - 5.2 Contesto interno
  - 5.3 Conclusioni
6. Le figure della Prevenzione della Corruzione
  - 6.1 La Direzione Aziendale
  - 6.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione
  - 6.3 Il Responsabile della Trasparenza
  - 6.4 I Referenti per la prevenzione della corruzione
  - 6.5 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)
  - 6.6 I Dirigenti
  - 6.7 Organo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno
  - 6.8 Ufficio Procedimenti Disciplinari
  - 6.9 Dirigente della Formazione e Sviluppo risorse
  - 6.10 Dipendenti e collaboratori dell'amministrazione
7. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
  - 7.1 Fase preparatoria
  - 7.2 Criteri per la valutazione del Rischio
  - 7.3 Rischio potenziale
  - 7.4 Misure della sicurezza associate
  - 7.5 Indicatori
  - 7.6 Attività di monitoraggio e valutazione
  - 7.7 Valutazione del rischio
8. Attività carattere generale
9. Misure trasversali e/o esclusive
10. Programmazione della Trasparenza
11. Allegato 1) - Riepilogo attività comunicate dalle Unità Operative/analisi del rischio
12. Allegato 2) - Amministrazione Trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e dei Responsabili della individuazione/ elaborazione/pubblicazione dei dati

## 1. PREMESSA

Il presente documento, costituisce il quarto aggiornamento del Piano Triennale aziendale, della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (adottato con la DDG n°1097 del 24/12/2013).

Cerca di innovare i Piani precedentemente predisposti, che ne rappresentano comunque una parte integrante, concentrando la propria attenzione nei processi a maggior rischio, che sono esplosi nelle varie fasi, per analizzare compiutamente le criticità.

### 1.1 Acronimi e definizioni

<b>ALPI</b>	Attività Libero Professionale Intramuraria
<b>ANAc</b>	Autorità Nazionale Anticorruzione
<b>AgeNaS</b>	Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
<b>AUSA</b>	Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti
<b>AUSL 1 o Azienda</b>	Azienda USL Umbria n.1
<b>AVCP</b>	Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici
<b>CDC</b>	Codice di Comportamento
<b>DDG</b>	Delibera del Direttore Generale
<b>DFP</b>	Dipartimento per la Funzione Pubblica
<b>NVA</b>	Nucleo di Valutazione Aziendale
<b>OIV</b>	Organismo Indipendente di Valutazione
<b>OOSS</b>	Organizzazioni Sindacali
<b>PAF</b>	Piano Aziendale Formativo
<b>PNA</b>	Piano Nazionale Anticorruzione
<b>PTPCT</b>	Piano Triennale Aziendale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
<b>RASA</b>	Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
<b>RPC</b>	Responsabile Aziendale Prevenzione della Corruzione
<b>RT</b>	Responsabile per la trasparenza
<b>RUP</b>	Responsabile Unico del Procedimento
<b>UO</b>	Unità Operativa
<b>UOC</b>	Unità Operativa Complessa
<b>UOS</b>	Unità Operativa Semplice
<b>UPD</b>	Ufficio Provvedimenti Disciplinari

## 2. SCOPO DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

I Piani adottati in questi anni, si sono prefissati di esaminare i processi e le attività svolte dall'Azienda, valutarne i rischi ai fini della prevenzione della corruzione per determinare la scala di priorità e le modalità di intervento per eliminare/ridurre gli stessi. E' un percorso, che come prevedono gli stessi PNA, è costituito da step successivi che partono dal riesame di quanto fatto per svilupparlo e migliorarlo ed in caso di necessità cambiarlo; rappresentano un punto di riferimento e lo stimolo di un continuo miglioramento ma non certo un traguardo.

Il PTPCT è uno strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e descrive un "processo"- articolato in più fasi tra loro collegate per formulare una strategia di prevenzione

del fenomeno di corruzione, e dar conto del proprio operato ai cittadini. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo. Tutto questo deve avvenire ricostruendo il sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione. Questo implica necessariamente una valutazione probabilistica di tale rischiosità e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.

I Piani nazionali e quelli aziendali stanno accompagnando l'evoluzione organizzativa dell'Ente, costituitosi il 1° gennaio 2013 e sono integrati dai regolamenti che disciplinano il rapporto dell'Azienda sia con i propri dipendenti, che con i soggetti esterni che a qualsiasi titolo collaborano con la stessa.

L'Azienda sanitaria USL Umbria 1 nel predisporre il presente Piano ha tenuto ben presente la propria missione: garantire il diritto fondamentale alla salute dei cittadini in ottemperanza all' Art. 32 della Costituzione italiana, che non consente in alcun caso il rallentamento delle attività.

Le misure sono state elaborate nel rispetto dell'organizzazione aziendale e dei vincoli di bilancio per permettere la loro effettiva realizzazione nei tempi e nelle modalità previste. Nelle note vincolanti sia per gli obiettivi di Budget 2017 che per quelli 2018, è stato inserito il rispetto del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, il mancato raggiungimento di detto obiettivo da luogo a penalizzazioni legate alla valutazione di risultato.

## **2.1 Definizione di corruzione**

Il PTPCT, così come il PNA, è uno strumento finalizzato alla prevenzione, il concetto di corruzione che viene preso a riferimento nel presente documento ha un'accezione ampia. Esso è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

In ambito sanitario, dove, unitamente alle attività amministrative insiste *per default* l'erogazione di prestazioni sanitarie, l'accezione "corruzione", qualora riscontrata, oltre a suscitare maggior impatto mediatico, costituisce l'aberrazione più ampia di tale termine proprio perché connessa a problematiche legate alla salute.

Nella corruzione in senso generico il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio percepiscono l'utilità in seguito ad un accordo con il privato, viceversa, nella concussione il pubblico ufficiale sfrutta la propria posizione di supremazia o potere per costringere o comunque indurre il privato a corrispondere o promettere denaro o altre utilità.

Per comodità comunque d'ora in avanti entrambe le fattispecie, verranno ricondotte sotto la medesima accezione: corruzione

Le situazioni rilevanti, sono più ampie dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "*maladministration*", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi

particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse. La diffusione e gli effetti del fenomeno corruttivo sono stati oggetto di vari studi anche relativi al nostro Paese.

Gli approfondimenti, i dati e le statistiche in materia hanno messo in luce uno scostamento tra corruzione reale e corruzione percepita, che evidenzia il carattere sommerso del fenomeno, ed i notevoli effetti che il fenomeno corruttivo produce sull'economia e sulla crescita. Proprio per i suoi rilevanti effetti sul sistema delle economie, il tema della prevenzione ha da tempo assunto un rilievo sovranazionale.

La trasparenza riveste un rilievo fondamentale per la prevenzione della corruzione, in quanto, la sua corretta applicazione favorisce la promozione dell'integrità e lo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività, nonché una possibile forma diffusa di controllo da parte dei cittadini.

### **3. RIFERIMENTI NORMATIVI**

Per non appesantire ulteriormente il documento si rinvia al link del sito istituzionale <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-corruzione> per i necessari approfondimenti normativi.

### **4. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Sono obbligati al rispetto di quanto previsto dal PTPCT tutti i dipendenti dell'Azienda USL Umbria1, e per quanto compatibile, tutti i collaboratori o consulenti, aventi qualsiasi tipologia di contratto od incarico, nonché le imprese fornitrici di opere o servizi. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, la struttura preposta inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente documento.

### **5. ANALISI DEI CONTESTI**

Nelle varie edizioni del PTPCT è stata progressivamente sviluppata l'analisi dei contesti in particolar modo di quello esterno; nel presente documento si è utilizzata la nota della prefettura di Perugia protocollo 6196 del 19/01/2018 "Piani triennali della Prevenzione della Corruzione nelle pubbliche Amministrazioni. Analisi del contesto esterno" e lo studio della Fondazione Antonino Caponetto, mentre il contesto interno è stato elaborato sulla base dei contenuti dell'Atto aziendale e della Relazione sanitaria 2016.

#### **5.1 Contesto esterno**

Si riporta di seguito l'ultima nota pervenuta della Prefettura di Perugia:

*"In riferimento alla richiesta di supporto tecnico per l'analisi del contesto esterno da tenersi in considerazione nell'aggiornamento del piano triennale 2018/2020 per la prevenzione della corruzione, si forniscono i seguenti elementi di conoscenza e valutazione.  
Le evidenze processuali e l'analisi dei risultati delle attività info-investigative*

*indicano che il territorio provinciale si caratterizza, prevalentemente, per la commissione di reati classificabili nel novero della cosiddetta "criminalità diffusa", senza evidenziare un reale radicamento stabile di forme di criminalità organizzata di tipo mafioso.*

*Tuttavia, le consorterie criminali hanno manifestato in più occasioni l'interesse ad acquisire beni ed attività economiche specie nei settori ( edilizia, ristorazione, recettivo-alberghiero) che risultano maggiormente funzionali al riciclaggio e/o al riciclaggio e/o il reimpiego di illeciti proventi.*

*Le risultanze informative sui tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel corso del 2017 hanno portato all'adozione di 4 provvedimenti interdittivi nei confronti di imprese aventi sede in questa provincia e operanti nei citati settori sensibili.*

*La sottoscrizione tra la Prefettura e gran parte dei Sindaci della provincia di un protocollo di legalità ha integrato le collaborazioni istituzionali già esistenti con ulteriori azioni, finalizzate a prevenire e scoraggiare possibili infiltrazioni criminali nell'economia, con particolare riguardo ai settori degli appalti e contratti pubblici, del commercio, dell'urbanistica e dell'edilizia, anche privata.*

*Per quanto riguarda, più specificatamente, l'area dei reati contro la pubblica amministrazione, non si rilevano significative evidenze, tuttavia, la crescente attenzione dell'autorità Giudiziaria e delle Forze di Polizia verso la corretta gestione della "res publica", ha messo in rilievo una maggiore incidenza nel territorio provinciale di tale fenomenologia nell'ultimo triennio.*

*Nello scorso anno sono stati registrati, infatti, dieci casi di frode nelle pubbliche forniture, assenti nel 2015, le ipotesi di peculato sono passate da un solo episodio del 2015 a ben ventidue del 2017 mentre il numero dei tipici reati corruttivi, con un solo episodio concussione continuata, è rimasto pressochè irrilevante".*

*Si ritiene utile riproporre un'ampia sintesi delle "Analisi delle infiltrazioni criminali in Umbria" della Fondazione Antonino Caponnetto, che da quando è nata, segue con attenzione i fenomeni criminali ed esamina i fatti di cronaca avvenuti. Dalle attività svolte emerge una situazione delicata in merito alla presenza di organizzazioni mafiose attive in Umbria. L'analisi che segue, di natura socio-politica, basata sull'osservazione del territorio, si auspica possa servire a contrastare i fenomeni criminali, sia comuni che mafiosi, servendo da sprone a tutti e a ciascuno, per non far mai abbassare la guardia davanti a questi avvenimenti. Non si può non notare che i segnali presenti da tempo in Umbria sono probabilmente stati sottovalutati, confidando nel fatto che tale territorio, storicamente non mafioso, possedesse un tessuto sociale in grado di respingere i tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata. Diversi fattori devono essere presi in considerazione. I primi contatti sono avvenuti con tutta probabilità attraverso soggetti appartenenti a organizzazioni criminali inviati in Umbria in soggiorno obbligato. Scelgono altresì l'Umbria sodalizi mafiosi in fuga od in cerca di silenzio per la tranquillità che tale territorio offre e per la facilità nel riciclaggio del denaro sporco. Inoltre il dramma del terremoto ha permesso ad imprese mafiose provenienti da altre regioni di infiltrarsi nella ricostruzione. A preoccupare negli ultimi anni è soprattutto la possibilità e la capacità delle mafie italiane di realizzare sodalizi affaristici anche con le mafie straniere presenti sul territorio. Il tutto s'inserisce in un quadro economico internazionale che mostra una ripresa instabile, con la possibilità di rischi recessivi. La crescita degli Stati Uniti risulta essere lenta e l'incertezza sulla possibilità di tenuta di economie trainanti quali quelle emergenti dipinge un affresco economico globale ancora fragile.*

*In Europa ha particolarmente pesato il debito pubblico dei singoli stati membri che ha costretto ad interventi di rientro dai disavanzi. Anche l'Italia ha fortemente risentito di una serie di manovre finanziarie tendenzialmente restrittive. Tale quadro economico in crisi rappresenta il*

*terreno ideale per l'infiltrazione criminale di tipo mafioso mirante all'investimento di soldi provenienti dalle attività illegali.*

*Altro fattore di debolezza è la propensione al consumo delle droghe da una parte della popolazione. Ciò comporta, oltre agli inevitabili problemi di gestione sociale del problema il finanziamento diretto delle organizzazioni criminali organizzate mafiose e non da parte dei consumatori spesso vittime di overdose. Idem per quanto riguarda una certa propensione al gioco. Anche quest'anno le relazioni della DNA e quella della DIA si sono occupate della situazione in Umbria. In particolare la DNA nel periodo in esame della relazione considera la 'ndrangheta come sodalizio autonomo composto quasi esclusivamente da calabresi residenti in Umbria da oltre un decennio con contatti con la terra di origine ma che agiscono in via esclusiva in Umbria. Nelle relazioni si trovano ulteriori conferme dei vari ceppi mafiosi e/o criminali organizzati italiani e stranieri dediti alle varie attività tipiche che vanno dallo sfruttamento della prostituzione, alla tratta degli esseri umani, al traffico di rifiuti, al riciclaggio, alla droga ed alle estorsioni.*

*Gruppi criminali tracciati sul territorio umbro: gruppi campani, calabresi, siciliani, laziali e pugliesi, oltre ai gruppi criminali stranieri organizzati di varia origine: albanesi, nigeriani, rumeni, nordafricani, cinesi, colombiani.*

## **Conclusioni**

*Oggi come si evince dal suddetto la situazione in Umbria è assolutamente da non sottovalutare in alcun modo. Il rischio che questa bellissima terra corre è quello di venire colonizzata dalle organizzazioni criminali mafiose e non. Rischio concreto.*

*L'elenco parziale delle principali operazioni e di alcuni fatti significativi deve risvegliare in noi la massima attenzione, così come le relazioni della DNA e della DIA. Il fatturato plausibile delle varie organizzazioni criminali è stimabile per l'Umbria tra i 2 ed i 3 miliardi di euro, prendendo come base il fatturato nazionale pari a c.a. 200 miliardi*

Questo ci costringe a ricrederci sul concetto dell'Umbria come isola felice estranea alla criminalità organizzata; come gli ultimi avvenimenti hanno confermato ed hanno indotto l'Assemblea legislativa dell'Umbria ad approvare il testo della proposta di legge che consentirà l'istituzione dell'“Osservatorio regionale sulla criminalità organizzata e l'illegalità”. L'atto è stato firmato da tutti i componenti della Commissione di inchiesta “Analisi e studi su criminalità organizzata, infiltrazioni mafiose, tossicodipendenze, sicurezza e qualità della vita” e approvato dalla Prima Commissione. La proposta integra la legge regionale “16/2012” riguardante “Misure per l'attuazione coordinata delle politiche regionali a favore del contrasto e prevenzione del crimine organizzato e mafioso, nonché per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile”.

La commissione umbra di Analisi e studi su criminalità organizzata, infiltrazioni mafiose, tossicodipendenze, sicurezza e qualità della vita, presieduta da Giacomo Leonelli, nella seduta del 3 dicembre 2017, ha ascoltato il vicepresidente della Giunta regionale Fabio Paparelli per un report sulla criminalità in Umbria comprendente i dati relativi al decennio 2007-2016, redatto, su incarico della Regione, dalla Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Perugia in collaborazione con le Prefetture e le Forze dell'ordine. È emerso che il numero complessivo dei reati, sulla base delle denunce effettuate, evidenzia una tendenza in diminuzione, ma si rileva

l'incremento in controtendenza di alcuni reati, in particolare di estorsione, usura, riciclaggio e ricettazione. "Ci troviamo in una condizione – ha detto Paparelli – in cui l'andamento del numero dei reati denunciati è passato dai 37mila 896 del 2007 a 31mila 970 dell'anno scorso, quindi con un calo di circa 6mila reati denunciati nel decennio. Discorso diverso quello della percezione della sicurezza da parte dei cittadini, che evidenzia preoccupazione. Ma pur nella complessiva diminuzione dei reati, ve ne sono alcuni che invece hanno fatto registrare dei picchi verso l'alto: truffe e frodi, specie di carattere informatico, sono in aumento con l'incremento costante dell'utilizzo della rete. E soprattutto preoccupano **estorsione, usura e riciclaggio**, reati "sentinella" per capire di più sul grado di infiltrazione della criminalità organizzata, anche se in molti casi commessi da singoli o piccoli gruppi e non da organizzazioni criminali.

L'usura è difficilmente misurabile con le denunce, spesso si verifica per rapporto di conoscenza o di contiguità fra la vittima e il reo. Il numero di denunce presenta un aumento esiguo, ma si tratta di un dato parziale, che deve essere approfondito. Anche il numero delle denunce per riciclaggio è esiguo ma si tratta di un reato per cui non è facilmente identificabile la vittima: la persona che accetta denaro di provenienza illecita può essere in una condizione di complicità oppure di inconsapevolezza sulla natura del denaro o del bene. Per quanto riguarda la ricettazione si tratta di un reato più tracciabile, attraverso le denunce per furto e i ritrovamenti di beni sottratti grazie all'attività investigativa delle forze dell'ordine".

**I dati** – "Quello che più preoccupa – ha continuato Paparelli – sono i dati in controtendenza rispetto alla generale diminuzione, come dimostra la crescita allarmante negli ultimi anni delle denunce per estorsione: da 65 reati denunciati nel 2010 ai 179 del 2016 con un incremento del 175 per cento; aumento del fenomeno della ricettazione del 23 per cento, quindi un calo dei reati per riciclaggio e un aumento invece del 267 per cento dei reati di usura. I numeri sono piccoli, molte volte l'usura non viene denunciata, ma si passa da 3 reati di usura nel 2010 agli 11 del 2016, anche se come detto spesso c'è uno scambio reciproco fra due soggetti percepito nell'immediatezza come portatore di vantaggi per entrambi, quindi servirebbero degli indicatori più adeguati per comprendere meglio il fenomeno. Per esempio dovremmo indagare sui tassi di chiusura e riapertura degli esercizi pubblici e commerciali, oppure sulla massa di compravendite su determinati territori, oppure le dinamiche dei servizi finanziari extra-bancari per capire se sono al di sotto o superiori alla media delle altre regioni. Andrebbero presi in considerazione anche altri fattori, come il moltiplicarsi dei compro-oro o il numero degli esercizi ortofrutticoli che solo in certe città sono in numero spropositato rispetto alle dinamiche del mercato. Per quello che riguarda la crescita costante dell'estorsione, si evince un aumento certo del fenomeno anche se le denunce rappresentano solo una piccola parte del reale".

Per quanto riguarda la **distribuzione dei reati** fra le due province, il fenomeno delle denunce sui reati che maggiormente preoccupano è più marcato nella provincia di Perugia, dove il +175 per cento delle estorsioni diventa, nel capoluogo di regione +209 per cento, dedotto dall'aumento da 46 reati a 142 nel 2016. Per il reato di ricettazione +37 per cento a Perugia, mentre il riciclaggio è nella media e l'usura quasi solo a Perugia con 10 denunce su 11 (una sola a Terni). Terni vede comunque un aumento alla voce estorsioni e sconta la presenza del carcere di massima sicurezza, che è un altro fenomeno su cui sarebbe utile indagare rispetto a fenomeni di possibile radicamento di presenza criminale. Anche se i dati certi, ovvero le denunce, non segnalano a Terni evidenze di riciclaggio, nella ricerca sul numero 'oscuro' condotta attraverso interviste a esponenti delle forze dell'ordine si sta verificando un incremento notevole di aperture e chiusure di esercizi commerciali, di compravendite immobiliari anomale che starebbero a indicare l'incremento di denaro di provenienza illecita anche in questa provincia. Nella distribuzione delle denunce sui reati che maggiormente preoccupano si vede

dunque chiaramente che sono di più in provincia di Perugia, con usura e riciclaggio quasi solo nel capoluogo, estorsione al 79 per cento su Perugia e 21 per cento a Terni, ricettazione 77 per cento a Perugia e 23 a Terni, con la proporzione fra residenti che è di 74 a 26”.

Il presidente della Commissione, Giacomo Leonelli, ha chiesto ulteriori dati al vicepresidente dell'esecutivo regionale, per osservare in maniera ancor più dettagliata e segnatamente in riferimento alle città con più di 10mila abitanti l'eventuale incremento dei reati che preoccupano maggiormente: “La crescita dei reati di natura finanziaria sulla provincia di Perugia – ha detto Leonelli – è preoccupante, cercheremo nei prossimi giorni di capire ancora di più, sulla base dei dati di dettaglio, dove si è verificato un incremento su reati come l'estorsione, che accendono una spia di preoccupazione sul territorio”.

## 5.2 Contesto interno

La descrizione completa dell'azienda e della sua organizzazione è consultabile all'indirizzo: <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/atti-generalis>, (atto Aziendale) e dalla Relazione sanitaria 2016.

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.1, è stata costituita con la Legge regionale 12 novembre 2012 n. 18, (abrogata e sostituita dalla Legge regionale n° 11 del 9 aprile 2015, Testo unico in materia di sanità e Servizi sociali” ), serve l'area più vasta e popolosa della Regione, ha una popolazione di 504.155 abitanti, (dati ISTAT al 01/01/2017) ed una superficie complessiva di 4.298,38 Km<sup>2</sup>, dove insistono 38 Comuni. (Fig 1)

### *Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.1*



## F. 1 – Comuni USL Umbria 1

L'Azienda USL Umbria n.1, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D. L.gs. n. 502/92, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

Gli organi dell'Azienda sono: il Direttore Generale, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

- **Il Direttore Generale** ha la rappresentanza dell'Azienda ed è responsabile della sua gestione. Il Direttore Generale, al fine di garantire il corretto, efficace ed efficiente funzionamento dell'organizzazione da esso diretta, attribuisce, tramite l'Atto Aziendale, i poteri di gestione ad esso riconosciuti dalle vigenti disposizioni ai diversi livelli gestionali.

Al Direttore Generale compete la verifica dei rendimenti e dei risultati aziendali, nonché la valutazione dell'efficacia e dell'economicità dell'azione amministrativa.

- **Il Collegio di Direzione** svolge le seguenti funzioni:

- a) Concorre al governo delle attività cliniche;
- b) Partecipa alla pianificazione dell'attività, incluse la ricerca, la didattica ed i programmi di formazione;
- c) Indica le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

La Regione Umbria con DGR n. 1602 del 28/12/2016 ha approvato la Direttiva Vincolante (prevista dall'art. 32 comma 4 della L. R. n. 11/2015) relativa alla composizione, alle competenze ed ai criteri di funzionamento del Collegio di Direzione nelle Aziende Sanitarie.

- **Il Collegio sindacale** è istituito presso ogni Azienda Sanitaria Regionale, con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile, così come previsto dall'articolo 3-ter del d.lgs. 502/1992.

Il Collegio sindacale, nominato dal Direttore Generale dell'Azienda sanitaria regionale, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale uno designato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze e uno dal Ministro della Salute di cui all'articolo 33 L.R.11/2015.

Contribuiscono alla direzione strategica dell'Azienda finalizzata al raggiungimento degli obiettivi di salute partecipando ai processi di pianificazione strategica e di programmazione annuale, il **Direttore Amministrativo** e il **Direttore Sanitario**.

La **Conferenza dei sindaci** è organo di rappresentanza dei comuni per l'espressione delle esigenze sanitarie del territorio di competenza. Svolge le sue funzioni tramite il Consiglio di rappresentanza composto da quattro membri e dal presidente della Conferenza stessa. Nel Consiglio di rappresentanza sono comunque presenti i sindaci dei due comuni con maggior numero di abitanti.

L'adozione di atti che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti dalla programmazione aziendale, può essere delegata unicamente ai dirigenti di struttura

Costituiscono obiettivi dell'Azienda la promozione della salute, la prevenzione, la cura e la riabilitazione, al fine di assicurare ai cittadini i livelli uniformi ed essenziali di tutela della salute e assistenza sanitaria indicati dalla programmazione nazionale, nonché eventuali ulteriori livelli integrativi di assistenza sanitaria indicati dalla programmazione regionale anche in rapporto alle risorse messe a disposizione.

L'Azienda promuove il coinvolgimento dei cittadini, delle Istituzioni, del Volontariato, delle Associazioni, delle Organizzazioni non profit, degli operatori sanitari, delle organizzazioni sociali e sindacali e degli organi di comunicazione nel perseguimento delle politiche di salute nel rispetto e nella valorizzazione delle responsabilità e delle competenze di ciascuno, garantendo la tutela dei diritti degli utenti.

La programmazione delle attività, così come ribadito all'art. 16 dell'Atto Aziendale, rappresenta la metodologia ordinaria di gestione dell'Azienda e lo strumento funzionale all'introduzione della cultura della "gestione per obiettivi". L'adozione di un tale sistema di gestione comporta il necessario sviluppo di sistemi di controllo per la verifica, valutazione e regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali raggiunti.

Preliminarmente alla definizione delle varie fasi del processo di programmazione e controllo, è stato necessario individuare, in modo chiaro ed esplicito, il modello teorico/concettuale di riferimento.

Si è scelto di utilizzare il modello cosiddetto "**circolare**" basato sull'incontro e sull'integrazione tra gli indirizzi emanati dalla Direzione Aziendale (tenuto conto delle direttive nazionali e regionali) e le proposte tecniche formulate dal nucleo operativo.

Tale modello è sembrato quello più idoneo a dare pratica attuazione alle scelte strategiche aziendali, in quanto:

- favorisce la ricerca del consenso che rappresenta l'elemento fondante del successo di ogni organizzazione sanitaria, in quanto capace di garantire una diffusa responsabilizzazione, unico vero collante tra le strategie elaborate dalla direzione generale e le scelte operative poste in essere dai singoli professionisti;
- obbliga i professionisti ad esplicitare i loro più rilevanti comportamenti operativi, riducendo la loro indubbia autoreferenzialità e permettendo alla Direzione Aziendale di verificarne la congruità e la coerenza rispetto alle strategie aziendali.

La programmazione annuale si realizza attraverso i seguenti principali strumenti:

- il **Bilancio di Previsione** con allegato il **Piano triennale degli Investimenti** che riporta il dettaglio degli interventi e delle relative fonti di finanziamento per l'anno di bilancio ed i due esercizi successivi;
- il **Programma annuale di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi (Budget)**;
- gli **Accordi ed i Contratti con le strutture sanitarie erogatrici**, pubbliche e private accreditate;
- gli **Accordi con i medici convenzionati**.

In particolare, il **Budget** permette:

- la traduzione dei programmi di medio lungo periodo in piani di azione annuali, attraverso l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative;

- il monitoraggio costante delle attività e dei costi al fine di evidenziare eventuali criticità per le quali siano necessari interventi correttivi.

Il Budget è, inoltre, il principale strumento di integrazione tra i diversi processi aziendali:

- lo svolgimento delle attività cliniche e assistenziali,
- l'erogazione delle prestazioni,
- l'assunzione del personale,
- l'acquisizione delle attrezzature sanitarie,
- la gestione degli istituti contrattuali della valutazione e della retribuzione di risultato,
- la gestione dei rapporti con l'utenza,
- la formazione,
- la gestione tecnologica e strutturale, ecc.

La metodologia del budget aziendale prevede i seguenti livelli budgetari:

- Budget di Macrostruttura;
- Budget di Struttura.

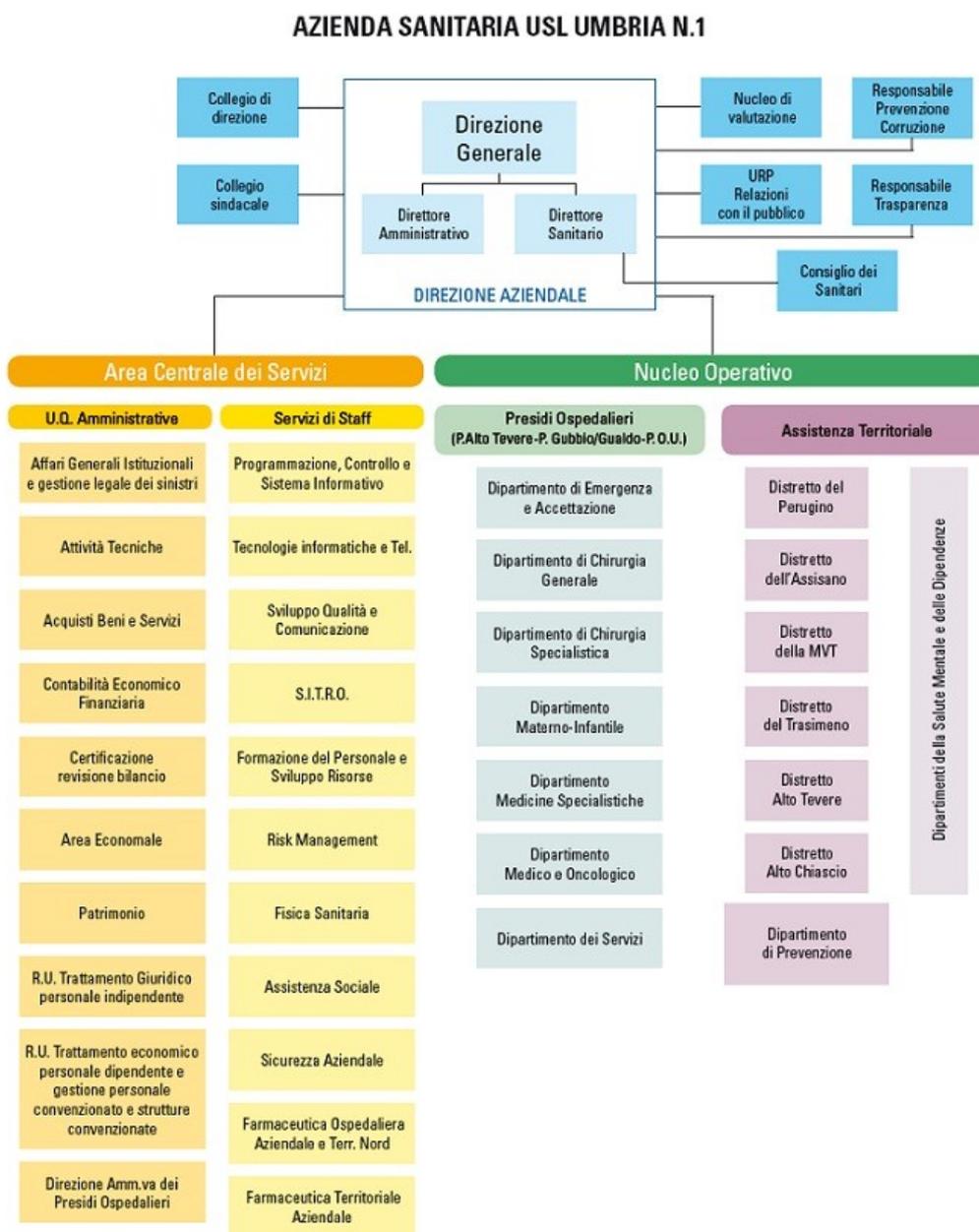
La Direzione Aziendale negozia il Budget di Macrostruttura, mentre i Responsabili di Macrostruttura adottano procedura analoga nei confronti delle strutture organizzative di riferimento per la negoziazione dei Budget di Struttura.

Il monitoraggio dell'andamento del budget viene effettuato, attraverso idoneo sistema di reporting, con cadenza di norma trimestrale; mentre la valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti nel budget viene effettuata entro il mese di aprile dell'anno successivo.

I Dirigenti attuano gli obiettivi e i programmi negoziati con la Direzione Aziendale e formulano proposte ai rispettivi superiori livelli direzionali. Sono in generale di competenza dei dirigenti la direzione, il coordinamento, l'organizzazione e la gestione delle articolazioni organizzative professionali o funzionali alle quali sono preposti.

Tutti gli incarichi dirigenziali sono conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale ai Dirigenti in possesso dei requisiti prescritti dai CCNL.

**Organigramma:**



Nell'Azienda USL Umbria n.1 sono presenti **2 Presidi Ospedalieri sedi di DEA di 1° livello** (Alto Tevere e Gubbio- Gualdo Tadino) ed un **Presidio Ospedaliero Unificato** con 3 Ospedali di Territorio e un Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva (CORI). Tutti i Presidi Ospedalieri sono organizzati secondo il modello dipartimentale, sono previsti sette Dipartimenti:

“Servizi”, “Materno Infantile”, “Chirurgia generale”, “Chirurgia specialistica”, “Emergenza ed Accettazione”, “Medicine specialistiche” e “Medico e Oncologico”.

Il **Dipartimento di Prevenzione** è la struttura operativa di cui l’Azienda si avvale per garantire la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità.



figura 2 Distretti

Il **Distretto** è l'articolazione territoriale ed organizzativa dell’Azienda per lo svolgimento delle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse aziendali e degli enti locali.

La USL Umbria 1 è suddivisa in 6 Distretti, che hanno una dimensione tale da garantire un'ampia presenza di servizi territoriali e di operatori, in modo da caratterizzarsi come soggetto di negoziazione con la Direzione aziendale e di interlocuzione con il sistema del governo locale. Nel territorio opera il **Dipartimento di Salute Mentale**.

## I Sistemi di Programmazione e Controllo

La programmazione delle attività, come ribadito all’art. 16 dell’Atto Aziendale, rappresenta la metodologia ordinaria di gestione dell’Azienda e lo strumento funzionale all’introduzione della cultura della “gestione per obiettivi”. L’adozione di un tale sistema di gestione comporta il necessario sviluppo di sistemi di controllo per la verifica, valutazione e regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali raggiunti.

In particolare, il **Budget** permette:

- la traduzione dei programmi di medio lungo periodo in piani di azione annuali, attraverso l’attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative;
- il consolidamento di un cambiamento organizzativo finalizzato ad esplicitare la strategia, a chiarire, condividere e negoziare gli **obiettivi, ad orientare realmente i comportamenti;**
- il **monitoraggio costante delle attività** e dei costi al fine di evidenziare eventuali criticità per le quali siano necessari interventi correttivi.

Il Budget è, inoltre, il principale strumento di integrazione tra i diversi processi aziendali. La Direzione Aziendale negozia il Budget di Macrostruttura, mentre i Responsabili di Macrostruttura adottano procedura analoga nei confronti delle strutture organizzative di riferimento per la negoziazione dei Budget di Struttura.

La spinta programmazione delle attività così come previsto dall'aggiornamento del PNA assieme alla dematerializzazione degli atti (Delibere del Direttore generale e Determine Dirigenziali) nonché l'istituzione del protocollo elettronico impedisce qualsiasi facile manomissione, che comunque rimane tracciata.

La regione Umbria ha avviato il Percorso Attuativo della Certificabilità (di seguito PAC), secondo quanto previsto dal Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 1 marzo 2013: "*Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità*", finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata (di seguito G.S.A.) e del consolidato regionale. Con Deliberazioni n. 662/2013 e n. 1785/2014, la Giunta Regionale ha approvato il PAC.

Il PAC è stato identificato dalla Regione Umbria come una leva strategica del processo di riorganizzazione dell'area amministrativa regionale; ad esso è riconosciuto lo scopo di perseguire l'obiettivo della omogeneità, della confrontabilità, dell'attendibilità e della chiarezza dei documenti contabili redatti dalle Aziende del proprio sistema sanitario, nonché la loro verificabilità anche in un'ottica di programmazione e di governance di gruppo.

Le linee guida regionali, quale esito della modalità di condivisione e partecipazione che la Regione Umbria ha inteso porre tra i principi guida, sono state fatte proprie dalle Aziende Sanitarie che, in maniera coordinata, pur nel rispetto delle relative specificità organizzative, hanno proceduto a redigere le procedure di controllo.

Con DDG n. 1246 del 27/09/2017, l'Azienda in esito al percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), ha adottato le procedure amministrativo-contabili e i regolamenti per l'Area delle Immobilizzazioni, l'Area delle Rimanenze, Area delle disponibilità liquide, l'Area del Patrimonio Netto, il Ciclo passivo, il Ciclo Attivo, l'Area del Controllo e il Regolamento di Co.An.

Con nota prot. 0147756 del 25/10/2017, a firma della Direzione Amministrativa, la suddetta delibera è stata trasmessa a tutti i Centri di Risorsa dell'Azienda ribadendo la necessità della massima diligenza nell'applicazione delle procedure approvate ed invitando a rappresentare prontamente ogni eventuale esigenza di rettifica, integrazione o aggiornamento delle stesse, al fine di adeguarle alle effettive prassi aziendali ed alle eventuali modifiche normative, garantendo in ogni caso la massima trasparenza e tracciabilità ai percorsi di controllo interno adottati.

All'interno del Percorso sulla Certificabilità, la Regione dell'Umbria, con DGR n. 238 del 13/03/2017 ha ritenuto necessario approvare un "*Progetto di potenziamento del sistema di controllo interno e Internal Auditing nelle Aziende Sanitarie della Regione Umbria*" finalizzato a consolidare e sostenere gli obiettivi raggiunti, ed a verificare la completa implementazione del sistema delle procedure amministrativo-contabili nonché la manutenzione ed aggiornamento costante delle stesse.

Il progetto evidenziando la stretta connessione tra obiettivo della certificabilità del bilancio, realizzazione dell'effettiva applicazione del manuale delle procedure amministrativo contabili e sviluppo di un adeguato sistema di controllo interno fino alla implementazione di una vera e propria funzione di internal auditing ha individuato i seguenti obiettivi:

Realizzazione di un modello organizzativo di revisione interna definendone la regolamentazione, il dimensionamento e le specifiche funzioni;

- Analisi delle aree di rischio nell'ambito delle procedure amministrativo-contabili e al fine di poter adeguatamente provvedere all'implementazione dei relativi sistemi di controllo interno;

- Potenziamento delle strutture aziendali in previsione delle attività di revisione limitata;

- Definizione di un modello di programmazione delle attività e di reporting dei risultati;

- Implementazione dei sistemi di controllo interno mediante la produzione di un modello di aggiornamento periodico delle procedure finalizzato a garantire la crescita dei sistemi di controllo interno.

La DGR 283/2017 prevede che il progetto dovrà essere supportato da adeguato personale, qualificato, sia per numero che per esperienza professionale, che tale personale dovrà essere opportunamente identificato da ogni azienda sanitaria e che, per lo stesso, dovranno essere previsti specifici momenti formativi con riferimento a ciascuna fase del progetto.

Con la suddetta Deliberazione regionale la Giunta ha dato mandato ai competenti Servizi regionali ed alle Direzioni aziendali di porre in essere ogni necessaria attività per la pratica attuazione del Progetto procedendo alla costituzione del Gruppo di Lavoro "Controllo interno e Internal Auditing" sotto la cui responsabilità ed azione la Regione Umbria intende garantire il raggiungimento degli obiettivi del Progetto "Potenziamento del sistema di controllo interno e Internal Auditing nelle Aziende Sanitarie della Regione dell'Umbria".

La Direzione aziendale della Usl Umbria n. 1 ha individuato quali referenti per la Regione il Dott. Stefano Tappini e la Rag. Roberta Palazzoni. Con la DDG del 28/12/2017 n°1773, è stato istituito il Gruppo di lavoro aziendale per garantire le attività di cui al Progetto "*Potenziamento del sistema di Controllo Interno e Internal Auditing nelle aziende sanitarie*", costituito da 8 operatori, provenienti da 7 U.O. differenti.

La definizione delle procedure di controllo previsto dal PAC, la costituzione del Gruppo di lavoro per il potenziamento del sistema di controllo interno ed internal auditing così come l'aver demandato al Nucleo ispettivo aziendale, opportunamente integrato, il controllo a campione su alcuni mandati di pagamento, riscontrando tutti gli atti che lo hanno generato, rappresentano sicuramente efficaci misure di prevenzione della corruzione.

Nell'Azienda si è manifestata una buona propensione a collaborare con i Responsabili della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione. Molti Dirigenti e Responsabili di Posizioni Organizzative hanno partecipato fattivamente agli incontri organizzati ed hanno recepito nei propri atti e procedimenti, sia sostanzialmente che formalmente, i principi della trasparenza e della prevenzione della corruzione. Parimenti si è manifestata una certa resistenza alla rotazione del personale, già per stessa di difficile applicazione in sanità e a volte i dettami della trasparenza e della prevenzione della corruzione sono stati vissuti come un ulteriore appesantimento, di dubbio efficacia del proprio lavoro quotidiano.

A causa non perfetta messa a regime della Centrale regionale di committenza, la maggior parte delle gare sono svolte direttamente dall'Azienda e per altre si ricorre a gare ponte al fine di

garantire i servizi e la fornitura di medicinali, dispositivi medici ed altri beni necessari al corretto funzionamento della struttura.

I procedimenti penali aperti nei confronti dei dipendenti e dei collaboratori dell'Azienda hanno avuto una brusca impennata nell'ultimo periodo, nessuno dei quali interessa i reati di corruzione o concussione, quelli presunti aperti sono datati e oramai caduti in prescrizione. Nel corso dell'anno 2017 sono stati licenziati 2 dipendenti per motivi disciplinari.

### **5.3 Conclusioni**

L'Azienda USL è fortemente radicata e collegata al territorio, (è la più grande realtà produttiva), composto in larga parte da comunità medio piccole, caratterizzate da forti campanilismi; in Umbria solo 2 comuni superano i 100.000 abitanti ed altri i due i 40.000, equamente divisi fra le due ASL territoriali. I Servizi dell'Azienda sono erogati in ben 180 strutture pertanto c'è una fortissima interazione fra cittadini ed operatori, questo rappresenta allo stesso tempo il maggior punto di forza e di debolezza dell'Ente. E' presente un forte controllo sociale ,rafforzato dal senso di appartenenza alla comunità degli operatori, sui fenomeni corruttivi, di contro questo rappresenta un rischio per l'imparziale funzionamento della pubblica amministrazione e di indebite pressioni. Le problematiche emerse sul mancato pagamento dei ticket ne è stato un chiaro segnale rilevatore, da seguire con attenzione e preoccupazione l'evolversi dei procedimenti penali aperti.

## **6. LE FIGURE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

### **6.1 La Direzione Aziendale**

Come ribadito dagli aggiornamenti del PNA la Direzione aziendale è la prima artefice della Prevenzione della Corruzione, assicura il suo fondamentale sostegno alle azioni integrate del R.P.C. e del Responsabile della Trasparenza:

- α) designa e supporta il R.P.C. (art. 1, comma 7, legge n. 190/12);
- β) designa e supporta il Responsabile della Trasparenza (art. 43, legge n. 33/13);
- χ) esamina e successivamente adotta il P.T.P.C.T e i suoi aggiornamenti e comunica al Dipartimento della funzione pubblica e alla Regione, la pubblicazione sul sito istituzionale;
- δ) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, codice di condotta, etc.);
- ε) garantisce il coordinamento degli atti adottati al presente piano, in primis quelli organizzativi.

L'Azienda USL Umbria 1 ha storicamente suddiviso le funzioni di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dato l'esiguo numero dei Dirigenti dell'Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa, a tempo indeterminato.

## **6.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione**

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è nominato dal Direttore Generale di norma tra i dirigenti amministrativi di ruolo in servizio, è adeguatamente formato e soggetto a rotazione, il suo nominativo è comunicato alla CIVIT (Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche), ora A.N.Ac.. E' in posizione di Staff alla Direzione Aziendale, è prevista la rotazione/alternanza dell'incarico, la massima durata è di 5 anni, salvo diverse indicazioni dai CC.NN.CC., così come previsto dalla circolare n° 1, del 25/01/2013, ha i seguenti compiti prioritari:

- l'elaborazione della proposta di piano della prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dalla Direzione aziendale entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1, comma 8 L. 190/2012), nei contenuti, che caratterizzano anche l'oggetto dell'attività del Responsabile, e sono indicati nell'art. 1, comma 9 L. 190/2012;
- la definizione di appropriate procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8 L. 190/2012);
- la verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett b L. 190/2012);
- la individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett c L. 190/2012);
- la pubblicazione sul sito web dell'Amministrazione, entro il 15 dicembre di ogni anno, della relazione recante i risultati dell'attività svolta e relativa trasmissione all'organo di indirizzo politico (art. 1, comma 14 L. 190/2012);
- la verifica dell'attuazione del piano, nonché la proposta di modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nella attività dell'Amministrazione (art. 1, comma 10, lett a L. 190/2012). Ai sensi dell'art. 1 c. 14 della l. n. 190 del 2012 il R.P.C. entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione annuale, sull'apposito modello predisposto dall'ANAc, che offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dai PTPCT. Questo documento dovrà essere pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda ed allegato al P.T.P.C.T dell'anno successivo.

Nel caso in cui, nello svolgimento delle proprie funzioni, il R.P.C. riscontri dei fatti che possono presentare:

1. una rilevanza disciplinare ne dà tempestiva comunicazione al Dirigente preposto all'ufficio interessato ovvero al Dirigente sovraordinato e all'Ufficio procedimenti disciplinari per i necessari provvedimenti,
2. una responsabilità contabile, presenta tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei conti,
3. un'ipotesi di notizia di reato ne dà tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia giudiziaria.

Il R.P.C., al di là dei compiti e responsabilità postagli in capo dalla normativa nazionale, è il regista della gestione del rischio di corruzione, per attuare le misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, anche secondo specifici monitoraggi. La prevenzione della corruzione è uno dei pilastri portanti della riorganizzazione della Azienda USL Umbria, 1, recentemente costituita. Il R.P.C. si avvale, nell'ambito dell'esercizio delle funzioni, del supporto e della collaborazione, oltre che delle risorse professionali in Staff alla Direzione Aziendale, dei Referenti come di seguito identificati e dell'apporto di tutti i Dirigenti delle strutture aziendali che concorrono, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici /servizi.

Con Delibera del 17 settembre 2013, n°717, il Direttore generale ha nominato R.P.C. il dott. ing. Tullio Tavernelli, dipendente a tempo indeterminato nella posizione funzionale di Dirigente Ingegnere, che ricopre il ruolo di Responsabile dell'UOC Area Economale, giusta DDG n. 1037 del 03/08/2017, confermando per anni 5 la precedente nomina ad interim (DDG n° 1546 del 28/12/2016).

L'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione, collegato con il precedente l'Incarico professionale di alta specializzazione "Valutazione strutturale ed impiantistica di pertinenza del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale", scade il 31/12/2018, giusta Delibera del Direttore generale n° 963 del 14/09/2015.

Con la DDG n° 739 del 31/05/2017 è stata conferita alla dott.ssa Simona Nanni, Responsabile della posizione organizzativa "Aspetti Giuridico Contabili dell'Attività Amministrativa dei Presidi Ospedalieri" la funzione di collaborare con il RPC.

### **6.3 Responsabile della Trasparenza**

Il Responsabile della Trasparenza è nominato dal Direttore generale fra i Dirigenti amministrativi in servizio, in posizione di staff alla Direzione Aziendale, Le sono affidati i compiti di seguito specificati:

- a) svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV, nell'Azienda USL Umbria 1 Nucleo di Valutazione Aziendale, NVA), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- b) provvedere all'aggiornamento della Sezione del PTPCT relativa alla programmazione delle azioni di trasparenza, prevedendo specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e su ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza coerenti con gli obiettivi di prevenzione della corruzione;
- c) controllare ed assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D. L.vo n. 33/2013 e ss.mm.ii.;
- d) svolgere i compiti previsti per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dettati dall'art. 5 del D. Lgs.vo 33/2013 così come modificato dal D.Lgs.vo 97/2016;
- e) segnalare, in relazione alla loro gravità, i casi di inadempimento o di adempimento parziale o di ritardato adempimento degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, alla Direzione Aziendale, al R.P.C., all'Organismo indipendente

di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e all'Ufficio dei Procedimenti Disciplinari dell'Azienda ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare.

Con Delibera del 27/06/2013, n. 517, il Direttore Generale ha nominato l'avv. Giulia Silvestri Responsabile della Trasparenza, Dirigente Responsabile dell'U.O. Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri. Collabora fattivamente e stabilmente con la RT la dott.ssa Maria Gabriella Stortoni, Responsabile della posizione organizzativa " Affari generali e Privacy".

#### **6.4 Referenti per la prevenzione della corruzione**

Date le dimensioni territoriali e il numero dei lavoratori dipendenti e non, che collaborano con l'Azienda, nella prima fase di approntamento e sviluppo del P.T.P.C.T e di organizzazione aziendale sono stati individuati come Referenti tutti i Dirigenti responsabili dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Servizi dell'Area Centrale e di Staff, nonché del Dipartimento di Salute Mentale e dell'Unità Operativa Medicina legale.

Trascorsa proficuamente la prima fase di integrazione dell'Azienda USL Umbria 1, si è ritenuto opportuno ridurre il numero dei Referenti a 18 dall'originale 33 , prevedendo uno/due rappresentanti per aree omogenee, come ad esempio: Distretti, Presidi Ospedalieri, Area di staff ad eccezione della Contabilità e Formazione, etc, come di seguito dettagliato:

<i>Elenco dei referenti individuati</i>		
	<i>Nominativo</i>	<i>Rappresentante delle Unità Operative:</i>
1)	<i>Dott.ssa Cecilia Montefusco</i>	<i>Presidio Ospedaliero Unificato</i>
2)	<i>dott.ssa Simona Nanni</i>	<i>Presidio Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino</i>
		<i>Presidio Ospedaliero Alto Tevere</i>
		<i>Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri</i>
3)	<i>Dott.sa Gigliola Rosignoli</i>	<i>Distretto del Perugino</i>
4)	<i>dott.ssa Rosalba Renzacci</i>	<i>Distretto Assisano</i>
		<i>Distretto Media Valle del Tevere</i>
		<i>Distretto del Trasimeno</i>
		<i>Distretto Alto Chiascio</i>
		<i>Distretto Alto Tevere</i>
		<i>Dipartimento di Salute mentale</i>
5)	<i>Dott. Antonio Bodo</i>	<i>Medicina legale</i>
6)	<i>dott. Giorgio Miscetti</i>	<i>Dipartimento di Prevenzione</i>
7)	<i>dott.ssa Anna Paola Peirone, coordinatrice dei Servizi di Staff</i>	<i>Programmazione, Controllo e Sistema Informativo</i>
		<i>Sviluppo Qualità e Comunicazione</i>
		<i>Sicurezza Aziendale</i>
		<i>Risk Management</i>
		<i>Fisica Sanitaria</i>
		<i>Certificazione revisione bilancio</i>
8)	<i>dott.ssa Daniela Menicucci</i>	<i>Contabilità Economico Finanziaria</i>
9)	<i>dott. Franco Cocchi</i>	<i>Formazione del Personale e Sviluppo Risorse</i>
10)	<i>dott. Alessandro Benedetti</i>	<i>Servizio Farmaceutico Aziendale</i>
11)	<i>dott. ing Barbara Gamboni</i>	<i>Tecnologie Informatiche e Telematiche</i>
12)	<i>dott.ing. Fabio Pagliaccia</i>	<i>Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi</i>
13)	<i>Dott. Luca Petrangeli</i>	<i>Area Economale</i>

14)	<i>dott.ing. Giuseppe Stefano Bernicchi</i>	<i>Patrimonio</i>
15)	<i>avv. Giulia Silvestri</i>	<i>Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri</i>
16)	<i>dott.ssa Maria Gabriella Stortoni</i>	<i>I.P.A.S. Affari Legali del Contenzioso</i>
17)	<i>Dott. Domenico Barzotti</i>	<i>Risorse Umane -Trattamento Giuridico Personale Dipendente</i>
		<i>Risorse Umane - Trattamento Economico Personale Dipendente - Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate</i>
18)	<i>dott.ssa Patrizia Borghesi</i>	<i>Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo, Ostetrico (S.I.T.R.O.)</i>

Con il presente PTPCT è nominato in rappresentanza dell'UO Area Economale il Dott. Luca Petrangeli in sostituzione della rag. Mirella Pucci, trasferita nel frattempo al Distretto del Trasimeno.

I Referenti, secondo quanto previsto dalla circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 2013, svolgono in maniera prioritaria i seguenti compiti:

- attività informativa nei confronti del R.P.C., affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T (art. 1, comma 14, della l. n.190 del 2012);
- collaborano con il R.P.C. alla programmazione ed attuazione dei piani di controllo a campione.

Segnalano al R.P.C. annualmente le criticità riscontrate, gli eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza dello stesso, i bisogni formativi e le azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti, al fine di aggiornare e migliorare il PTPCT

Nel corso del 2017 sono stati effettuati due incontri semestrali a seguito dei quali i Referenti sono stati invitati a produrre due relazioni, una riferita al primo semestre 2017 e una a fine d'anno, quale resoconto delle azioni messe in campo nei rispettivi periodi finalizzate al rispetto della tempistica associata ad ogni singola attività declinata nell'allegato 2 al Piano 2017/2019.

### **6.5 Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)**

Con la DDG n° 1057 del 21/12/2013 "Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti art. 33\_ter, decreto legge n°179/2012 convertito con la legge n° 221/2012. Nomina Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)" è stato nominato RASA il Dirigente dell'attuale UO Attività Tecniche – Acquisti Beni e Servizi dott. Ing. Fabio Pagliaccia, incaricato della verifica e/o compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa.

Con nota 176727 del 19/12/2017 il Responsabile dell'Anagrafe , ha chiesto , ai RUP individuati per ogni singolo contratto, una relazione per l'aggiornamento dei dati nella banca dati in argomento.

### **6.6 Dirigenti**

Tutti i dirigenti per la struttura diretta:

- α) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile nonché degli Uffici dei Procedimenti Disciplinari;
- β) partecipano al processo di gestione del rischio;
- χ) propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);
- δ) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- ε) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- φ) osservano le misure contenute nel PTPCT(art.1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);
- γ) garantiscono il regolare flusso e la pubblicazione delle informazioni, nei tempi e con le modalità previste dalla normativa e nel rispetto dei termini stabiliti dal D.Lgs.vo 33/13 e ss.mm.ii.
- η) forniscono, nei tempi e con le modalità previste dalla normativa nazionale e da quanto stabilito con i regolamenti aziendali, tutti i documenti in possesso dell'Ente soggetti ad accesso civico, ai cittadini che ne facciano richiesta.

### **6.7 Organo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno**

Gli organismi di controllo interno (come ad esempio l'O.I.V., nel nostro caso Nucleo di Valutazione Aziendale, Sindaci revisori etc.) svolgono, oltre al mandato istituzionale proprio, i seguenti compiti:

- α) partecipano al processo di gestione del rischio;
- β) considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- χ) svolgono compiti connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 31, 43, 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- δ) esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001);
- ε) possono proporre le modifiche e miglioramenti del P.T.P.C.T..

### **6.8 Ufficio Procedimenti Disciplinari**

Nell'Organizzazione dell'Azienda USL Umbria 1, sono previsti quattro Uffici per i provvedimenti disciplinari, (di seguito U.P.D.), uno per il Personale del Comparto, uno per i Dirigenti del ruolo sanitario (medici, veterinari e sanitari non medici), uno per i Dirigenti dei ruoli professionali, tecnici, e amministrativi ed uno per gli Specialisti Ambulatoriali con i seguenti compiti:

- svolgono i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001 e art. 37 comma 5 del CNL/2015 per gli Specialisti Ambulatoriali);

- provvedono alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- propongono l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- relazionano annualmente al R.P.C..

### **6.9 Dirigente della Formazione e Sviluppo risorse**

Data la particolare attenzione che il PNA pone sulla formazione del personale in particolar modo per quello che opera nelle aree a maggior rischio, si ritiene opportuno sottolineare l'importanza della collaborazione di questa figura con il RPC, per individuare in tema di anticorruzione e trasparenza:

- il collegamento tra la formazione specifica e il programma annuale della formazione;
- i criteri per scegliere i soggetti che erogano la formazione;
- i contenuti della formazione;
- i canali e gli strumenti di erogazione della formazione.

### **6.10 Dipendenti e collaboratori dell'amministrazione**

La prevenzione della corruzione deve essere un'azione sinergica di tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Ente, indipendentemente dal ruolo ricoperto.

La grande maggioranza degli operatori lavora a contatto con il pubblico e pertanto ognuno contribuisce sostanzialmente alla costruzione dell'immagine dell'Azienda, sia in positivo, ed occorrono anni per edificarla, che in negativo, basta poco per danneggiarla gravemente. E' chiaro che la diffusione fra tutti gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati rivestono un'estrema importanza.

Ogni dipendente/collaboratore deve:

- partecipare al processo di gestione del rischio;
- osservare le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento aziendali;
- segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al R.P.C o all'U.P.D. (art.54 bis del D.Lgs 165/01 ed art. 15 Codice di comportamento aziendale);
- segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale e art. 8 Codice di comportamento aziendale);
- segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPC l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento (art. 7 Codice di comportamento aziendale);
- tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

## **7. PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA**

Le indicazioni provenienti dalle organizzazioni sovranazionali evidenziano l'esigenza di perseguire i tre seguenti obiettivi principali nell'ambito delle strategie di prevenzione:

- ✓ ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- ✓ aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- ✓ creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Il progetto del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito PTPCT) aziendale sulla base delle indicazioni di quello Nazionale si sviluppa secondo le seguenti direttrici:

1. mappatura dei processi;
2. individuazione delle aree a rischio;
3. individuazione per ciascuna area degli interventi per ridurre i rischi con indicazione degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili, degli indicatori e delle modalità di verifica dell'attuazione;
4. programmazione delle iniziative di formazione;
5. individuazione dei referenti e dei soggetti tenuti a relazionare al R.P.C;
6. individuazione di ulteriori misure di trasparenza, rispetto a quelle contenute nel programma per la trasparenza;
7. definizione delle misure per l'aggiornamento ed il monitoraggio del P.T.P.C.T;
8. rotazione degli incarichi nelle aree a rischio;
9. integrazione del codice di comportamento del personale;
10. definizione dei criteri di inconfiribilità degli incarichi;
11. definizione dei criteri di incompatibilità degli incarichi, anche rispetto a processi specifici;
12. definizione di un sistema di verifica del rispetto delle procedure e criteri stabiliti.

Il PTPCT, è un documento dinamico e la normativa stessa prevede il suo aggiornamento con cadenza annuale e/o a seguito di cambiamenti normativi, organizzativi e sul riscontro di importanti anomalie, che ne richiedano l'immediata attualizzazione.

È un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

Per "rischio" si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'Ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per "evento" si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'Ente.

Il PTPCT individua per ciascuna misura da implementare il responsabile dell'implementazione e il termine per la stessa. L'efficacia dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione.

Il piano è quindi strutturato come documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse. Tende a un miglioramento continuo e graduale, considerando gli specifici contesti interni ed esterni, è un processo inclusivo che prevede momenti di coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni.

La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi. La pianificazione, mediante l'adozione del P.T.P.C.T è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

Il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza costituisce l'atto attraverso il quale l'Azienda individua le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione, atto che, per la sua stessa natura, si presenta, non come un'attività compiuta con un termine di completamento finale, bensì come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono, come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato ministeriale di cui al D.P.CM. 16 gennaio 2013 "via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione".

Il Piano è ispirato al criterio della prudenza per evitare una sottostima del rischio e non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive; l'obiettivo finale a cui si vuole gradualmente giungere è un sistema di controllo preventivo rappresentato da un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non fraudolentemente al fine di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole.

L'aggiornamento annuale del Piano segue la stessa procedura utilizzata per la prima adozione del PTPCT e tiene conto dei seguenti fattori:

- \* normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- \* normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'amministrazione (es.: acquisizione di nuove competenze);
- \* nuovi indirizzi o direttive contenuti negli aggiornamenti del P.N.A. e nelle L.G emanate;
- \* emersione di rischi non considerati adeguatamente in fase di predisposizione del P.T.P.C.T.;
- \* feedback delle attività di verifica e controllo svolte;
- \* suggerimenti degli organi istituzionali, di altri soggetti sia interni che esterni all'azienda.

### **7.1 Fase preparatoria**

Per predisporre il primo Piano è stata inviata una nota dal R.P.C. ai Dirigenti delle macrostrutture e delle U.O. delle aree centrali, che, domandava la loro indispensabile collaborazione, indicava gli obiettivi nazionali e specifici del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e richiedeva le seguenti informazioni:

- \* la mappatura di tutti i processi svolti,
- \* l'individuazione di ulteriori aree di rischio oltre quelle sotto segnalate,
- \* il personale coinvolto da destinare ad una specifica formazione,
- \* le eventuali procedure messe in atto o da adottare per la prevenzione dei fenomeni di corruzione,
- \* gli eventuali criteri adottati o da adottare per rotazione del personale addetto nelle aree a rischio,
- \* i criteri utilizzati per la verifica per l'inconferibilità e per l'incompatibilità per lo svolgimento degli incarichi,
- \* suggerimenti per rendere più trasparenti possibile i procedimenti gestiti e dar modo alla cittadinanza di offrire il proprio contributo al loro miglioramento e per segnalare eventuali non conformità nei processi."

Nel corso dell'anno 2015 è stato organizzato un corso di formazione sul campo: "Prevenzione della Corruzione: Sviluppo del Piano di Controllo", suddiviso per gruppi di lavoro per tutte le aree a maggior rischio allo scopo di:

riesaminare le griglie di attività già presentate e valutate nei Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione, verificando la loro completezza e la bontà della valutazione effettuata, suggerendo le eventuali integrazioni, modifiche e rivalutazioni;

determinare le fasi maggiormente critiche per individuare i controlli da effettuare e definire i criteri e le modalità degli stessi;

rivisitare i procedimenti amministrativi per permettere la loro pubblicazione sul sito aziendale, secondo le priorità definite.

Questo ha permesso di raccogliere le necessarie informazioni per procedere all'aggiornamento del documento 2016.

Nel corso dell'ultimo anno sulla scorta del PNA 2017 e dei cambiamenti normativi apportati dai Decreti attuativi della Legge 124/2015 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" proseguendo sulla linea del massimo coinvolgimento, così come auspicato a livello nazionale, per la definizione di modelli organizzativi e procedure nel pieno rispetto dei principi della prevenzione della corruzione e della trasparenza sono stati organizzati 8 gruppi di lavoro:

1. Accesso agli atti ai sensi del D.Lgs.vo 97/2016 e legge 241/90;
2. Appalti ed Acquisti: Revisione Regolamento e procedure ai sensi del PNA 2016 e PTPC 2016-18 aziendale;
3. Rotazione del Personale e Nomine, revisione Codice di comportamento aziendale e Regolamento per l'autorizzazione e conferimento incarichi, definizione criteri per acquisire lo stato patrimoniale dirigenti e per la verifica delle autodichiarazioni dei collaboratori dell'azienda, pubblicazioni obbligatorie D.Lgs.vo33/2013 e ssmmii;
4. Rapporti con i soggetti erogatori e relativi controlli secondo quanto previsto dal PNA 2016 e PTPC 2016-18 aziendale;
5. Misure per l'alienazione degli immobili, definizione regolamento per l'acquisizione, cessione, locazione attiva e passiva e gestione immobili;
6. Sperimentazioni cliniche e comodati d'uso/ valutazione "in prova";
7. Gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intramoenia, verifica regolamenti in essere alla luce del PNA 2016, definizione dei criteri per i controlli e pubblicazione incassi;
8. Coordinamento attività di controllo interni ed esterni.

Nella bozza del PNA 2016 è ribadita più volte la necessità di effettuare controlli, molte strutture svolgono a vario titolo controlli sia all'interno dell'Azienda (U.O.: Risk management, Sviluppo Qualità e Comunicazione e Sicurezza Aziendale Nucleo ispettivo aziendale) o su strutture

esterne che hanno rapporti con l'Azienda USL Umbria 1, come le strutture accreditate e/o convenzionate, (Dipartimento di Prevenzione e Distretti), nel rispetto della piena autonomia di ogni struttura occorre prevedere un coordinamento ed eventuale razionalizzazione di detta attività prevedendo per quanto di competenza un report per il RPC al fine di rispondere compiutamente nella relazione annuale da predisporre entro il 15 dicembre p.v..

Il gruppo 3 è stato suddiviso in due ulteriori sottogruppi: Il primo che si occupa di: Codice di comportamento, Dichiarazioni di Conflitto di interesse e Stato patrimoniale e "Regolamento in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi a pubblici dipendenti" il secondo invece di Nomine e Rotazione del personale, mentre data la contiguità degli argomenti i gruppi 4 e 8 sono stati compattati.

Gli obiettivi dei gruppi di lavoro, ciascuno per quanto di competenza erano e sono:

- Revisione ed aggiornamento dei documenti aziendali, per la verifica della rispondenza a quanto previsto ed aggiornamento:
  - dal Piano Nazionale Anticorruzione 2016 adottato dall'ANAC con la Delibera n. 831 del/8/ 2016
  - dall'aggiornamento del Piano Nazionale anticorruzione adottato dall'ANAC Determinazione n. 12 del 2810/ 2015
  - dal Piano triennale della Prevenzione della Corruzione aziendale 2016 – 18, adottato con la Delibera n. 122 del 03/02/2016
- Verifica stato di attuazione misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

I tempi previsti, che prevedevano la conclusione dei lavori in tempo utile per la riscrittura del presente piano si sono dilatati causa gli innumerevoli impegni e l'assenza per malattia di diversi soggetti significativi.

Gli indirizzi emanati ANAC nel 2017 e finalizzati all'aggiornamento dei Piani Aziendali Anticorruzione, non riguardano nello specifico l'ambito sanitario essendo destinati principalmente alle Autorità di Sistema Portuale, le Istituzioni Universitarie etc.

Nonostante ciò, pur non dovendo procedere ad adeguare il "nostro" vigente Piano alle cogenti indicazioni ANAC, è obbligo comunque la rivisitazione dello stesso in considerazione appunto dei mutamenti organizzativi, procedurali etc, intervenuti in corso d'anno nella nostra Azienda e in considerazione della conclusione dei lavori dei Gruppi di Lavoro sopra indicati.

Si ritiene indispensabile oramai andare prima di tutto alla rivisitazione delle mappature dei processi, sia a livello generale che attribuibili alle singole macrostrutture. Si rinvia ai precedenti Piani triennali per la descrizione delle fasi che hanno costituito l'ossatura dello sviluppo degli stessi e la pesatura dei fattori di rischio; nel presente piano si è cercato di concentrare la attenzione sui processi a maggior rischio esplodendoli ed analizzandoli nelle singole fasi.

E' stato chiesto pertanto a ciascun Referente di voler, per la parte di propria competenza, rivedere le attività nel loro complesso e indicare solo e solo quelle all'interno delle quali potrebbe annidarsi un effettivo rischio corruttivo, e contestualmente pertanto indicarne il potenziale rischio.

## **7.2 Criteri per la valutazione del Rischio**

La particolarità e l'ampia varietà dell'attività svolta, che si presta a qualsiasi livello a possibili casi di mal comportamento, e facendo seguito anche alla nuova declinazione delle stesse, ha ampliato e in qualche caso ridotto la sfera delle attività a rischio rispetto a quelle riportate dai Piani Triennali aziendali.

Con la collaborazione dei Dirigenti coinvolti nella fase preparatoria, le attività individuate per la valutazione del rischio sono state raggruppate ed aggiornate nei vari piani triennali sia nazionali che aziendali nei seguenti macroprocessi:

1. Reclutamento, gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno.
2. Acquisizione di beni e servizi e gestione del contratto.
3. Gestione lavori pubblici.
4. Manutenzione edifici/impianti/apparecchiature.
5. Gestione patrimonio immobiliare.
6. Gestione liste di attesa.
7. Enti/Aziende partecipate/controllate.
8. Strutture convenzionate.
9. Individuazione degli utenti aventi diritto ed assegnazione di beni e servizi.
10. Concessione benefici economici.
11. Concessione benefici non economici.
12. Libera professione.
13. Gestione sperimentazioni cliniche.
14. Gestione finanziamenti pubblici e privati.
15. Acquisizione di prestazioni e servizi sanitari e non presso terzi.
16. Rilascio Autorizzazioni.
17. Attività di controllo e vigilanza.
18. Spesa farmaceutica.
19. Incasso prestazioni sanitarie e non sanitarie.
20. Utilizzo spazi nelle strutture.
21. Rapporti con soggetti esterni.
22. Affari Legali e del Contenzioso

Così come previsto dall'Allegato 5 del PNA, per dare un valore e quindi una scala di priorità al rischio è stata costruita una matrice 5 X 5, caratterizzando i parametri presi in considerazione, con l'asse delle ascisse costituito dalla probabilità, ossia dalla discrezionalità/regolamentazione del processo e l'asse delle ordinate dall'impatto ossia dal valore economico del processo, (al netto degli oneri fiscali) /danno all'immagine aziendale, come di seguito dettagliatamente illustrato.

I Referenti, nella redazione delle schede per Unità Operativa, utilizzando i parametri sopra descritti hanno potuto assegnare alle varie attività e/o endoprocedimenti una scala della rischiosità declinata in bassa, media, elevata.

Probabilità (Discrezionalità/Regolamentazione)			Impatto Valore economico/Danno immagine	
Livello di Discrezionalità dell'attività sulla base di 5 fattori: <ul style="list-style-type: none"> <li>• più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;</li> <li>• altre Strutture interne/esterne coinvolte;</li> <li>• regolamentazione del processo;</li> <li>• controlli sul processo;</li> <li>• controlli successivi.</li> </ul> Si punti 0; No punti 1, In caso di tutti Si, per default, è assegnato il valore 1			Valore economico del processo da contratto esclusa l'IVA, oppure, nel caso di processo che non genera valore a bilancio, all'impatto negativo sull'immagine aziendale di un evento dannoso (frode, truffa o danno al paziente)	
Descrizione	Punteggio		Descrizione	Punteggi o
	SI	NO		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	<b>Impatto non significativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• valore del contratto non superiore a 5.000 Euro;</li> <li>• nessun impatto del danno sull'immagine aziendale.</li> </ul>	1
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		
regolamentazione del processo;	0	1		
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	Impatto minimo <ul style="list-style-type: none"> <li>• valore del contratto superiore a 5.000 e fino a 40.000 Euro;</li> <li>• impatto del danno sull'immagine aziendale poco rilevante e senza ripercussioni interne all'azienda</li> </ul>	2
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		
regolamentazione del processo;	0	1		
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	<b>Impatto di minore rilevanza</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• valore del contratto superiore a 40.000 e fino a 209.000 euro;</li> <li>• impatto del danno sull'immagine aziendale poco significativo con alcune ripercussioni esterne (giornali e TV) e/o danno economico poco significativo/assente.</li> </ul>	3
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		
regolamentazione del processo;	0	1		
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	<b>Impatto rilevante</b>	4
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		

regolamentazione del processo;	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>valore del contratto superiore a 209.000 euro e fino a 5.225.000 euro;</li> <li>impatto del danno sull'immagine aziendale significativo con ripercussioni esterne (giornali e TV) e/o danno economico significativo</li> </ul>	
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	Impatto particolarmente rilevante <ul style="list-style-type: none"> <li>valore del contratto superiore a 5.225.000 euro;</li> <li>impatto del danno sull'immagine aziendale rilevante con gravi ripercussioni esterne e/o rilevante danno economico conseguente.</li> </ul>	5
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		
regolamentazione del processo;	0	1		
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		

Per poi andare a stimare l'entità dei rischi:

<b>Impatto: Valore economico / Danno immagine</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>25</b>
	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>20</b>
	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>10</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>Probabilità: Discrezionalità/Regolamentazione</b>				

**Rischio basso (RB):** Valore inferiore a 5 nella matrice, le azioni già messe in atto dall'azienda sono sufficienti a rendere il rischio accettabile, il rischio è cioè stato ridotto ad un livello che può essere sostenuto dall'organizzazione in riferimento agli obblighi di legge e alla politica adottata; non richiede interventi nel breve periodo ma solo azioni tese ad elevare nel tempo le condizioni di sicurezza.

**Rischio notevole o medio (RM):** Valore compreso fra 5 e 9 nella matrice, richiede attenzione, approfondimento delle misure di controllo, la necessità di procedurizzare tutte le fasi del processo, diminuzione della discrezionalità, aumento del numero di operatori coinvolti nel processo decisionale e dei livelli di controllo, implementare la formazione del personale e prevedere l'eventuale rotazione dello stesso

**Rischio elevato:** Valore maggiore di 9, richiede interventi immediati mirati a migliorare le condizioni di sicurezza formazione degli addetti, prevedere procedure per eliminare per quanto possibile ogni discrezionalità, provvedere nel breve periodo alla formazione specifica del personale, prevedere per quanto realizzabile la rotazione del personale.

Nel caso in cui ci sia stato un rinvio a giudizio/condanna/provvedimento disciplinare, per episodi di corruzione relativamente ad un determinato procedimento, la sua classe viene portata a quella immediatamente superiore.

Le rivisitazioni delle schede, così come rimesse dai Referenti costituiscono l'allegato 2 al presente Piano.

In allegato 2 sono riportati i processi indicati dai Dirigenti delle macrostrutture e delle aree centrali, per l'analisi dettagliata del rischio; si è convenuto predisporre il documento che contiene i principi cardini della prevenzione della corruzione aziendale, estraendo ed analizzando alcuni dei casi più significativi per i maxi processi sopra riportati, per dedicarsi successivamente all'analisi puntuale di tutte le attività, con il supporto indispensabile dei referenti.

Con i criteri definiti alcuni procedimenti fortemente regolamentati e che prevedono la partecipazione nel processo decisionale di più operatori e/o strutture risultano sempre a rischio basso pur appartenenti alle aree a maggior rischio, così come definito dalla letteratura, pertanto proprio per sottolineare l'attenzione prestata dall'Azienda sono state definite, comunque a rischio medio, le attività relative all'affidamento lavori ed incarichi, all'acquisizione di beni e servizi e alle Certificazioni, Autorizzazioni e Vigilanza del Dipartimento di Prevenzione

Sulla base delle indicazioni del PNA e della valutazione dei rischi sono state individuate le azioni, sia a carattere generale che particolare, al fine di diminuire i livelli di rischio di corruzione in Azienda.

### **7.3 RISCHIO POTENZIALE**

Per rischio potenziale si intende di norma il prodotto dell'entità di un pericolo e la probabilità che l'evento pericoloso si verifichi.

In tale contesto si può brevemente rappresentare il rischio potenziale come la probabilità che nell'erogazione di un'attività / endoprocedimento, per effetto della discrezionalità ad essa associata, il titolare della funzione possa trarne qualche utilità o beneficio, ponendo in essere un "evento dannoso" per la Sanità tutta e la sua immagine.

### **7.4 MISURE DI SICUREZZA ASSOCIATE**

La fase di trattamento del rischio consiste nell'individuare le misure che devono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

### **7.5 INDICATORI**

L'indicatore è una misura sintetica, coincidente con una variabile o composta da più variabili, in grado di riassumere l'andamento del fenomeno cui è riferito. Gli indicatori sono strumenti di misurazione che forniscono dati utili per la gestione del progetto nonché per il monitoraggio e la valutazione dell'efficienza delle attività svolte. In tal modo permettono di migliorare il processo decisionale, promuovere una maggiore efficienza e produrre risultati più rilevanti. Gli indicatori devono essere in relazione diretta con gli obiettivi principali del progetto, in questo caso delle attività e fornire un quadro adeguato di ciò che il progetto si propone di ottenere.

## **7.6 ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE**

Per monitoraggio si intende la vigilanza continua circa la corretta esecuzione di un'attività specifica e la contestuale rilevazione di dati significativi sul contesto interessato.

Valutare significa esaminare in maniera esaustiva, critica e oggettiva l'adeguatezza degli obiettivi e la qualità delle azioni compiute in relazione ai risultati ottenuti, agli effetti provocati e ai bisogni che si prefiggono di soddisfare.

## **7.7 Valutazione del rischio**

Sulla base delle indicazioni del PNA e dei suoi aggiornamenti nonché della valutazione dei rischi sono state individuate le azioni, a carattere generale, per le aree comunque individuate a rischio comuni per l'Azienda.

In allegato 1 sono riportati i processi indicati dai Dirigenti delle macrostrutture e delle aree centrali, per l'analisi dettagliata del rischio, per le attività a rischio medio sono indicate le azioni di miglioramento che sono in carico al Responsabile della Struttura.

Con i criteri definiti, alcuni procedimenti fortemente regolamentati e che prevedono la partecipazione nel processo decisionale di più operatori e/o strutture, risultano sempre a rischio basso pur appartenenti alle aree a maggior rischio, così come definito dalla letteratura, pertanto proprio per sottolineare l'attenzione prestata dall'Azienda sono state definite, comunque a rischio medio, le attività relative all'affidamento lavori ed incarichi, all'acquisizione di beni e servizi e alle Certificazioni, Autorizzazioni e Vigilanza del Dipartimento di Prevenzione.

## **8. ATTIVITÀ CARATTERE GENERALE**

Molte delle azioni di controllo previste con una scadenza fissa, ora diventano periodiche come valido strumento di controllo. Con la DDG n° 1524 del 28/12/2016 sono stati adottati i moduli per la comunicazione di quanto previsto dal DPR n. 62/2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", recepiti con la DDG di questa USL 921/2016 avente ad oggetto "Adozione del Codice di Comportamento dell'Azienda USL Umbria 1":

Modulo A - "Dichiarazione sostitutiva di certificazione - Partecipazione ad Associazioni e Organizzazioni che possono interferire con l'attività dell'ufficio ai sensi dell'art. 5 DPR n. 62/2013 e dell'art. 9 del Codice di comportamento aziendale"

- Modulo B - "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli Interessi finanziari e Conflitti di interesse ai sensi dell'art. 6 DPR n. 62/2013 e dell'art. 8 del Codice di comportamento aziendale"

- Modulo C - "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 13 del DPR 62/2013 e dell'art. 10 del Codice di comportamento aziendale - Disposizioni particolari per i Dirigenti"

- Modulo D - "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 13 del DPR 62/2013 e dell'art. 10 del Codice di comportamento aziendale - disposizioni particolari per i

Dirigenti situazione reddituale e patrimoniale ai sensi dell'art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali”

-Modulo E – “Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà ai sensi dell'art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali - Dichiarazione presentata dal Dirigente dichiarante”

Al fine della capillare diffusione di tali modelli tra le figure rispettivamente interessate, facilitare la fase della raccolta , conservazione e soprattutto per esigenza di periodicità (annuale) legata all'aggiornamento degli stessi, si sta procedendo ad attivare la fruizione del sistema intranet aziendale G.U.R.U. , attualmente in uso per la valutazione della performance individuale del Dipendente.

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
<b>Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza</b>	Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, tutti gli strumenti di programmazione che l'Amministrazione adotterà devono essere coordinati con il P.T.P.C.T, in particolare il Piano delle performance ed il Piano triennale della formazione. Nelle note vincolanti al budget 2017 era previsto il rispetto delle prescrizioni contenute nei PTPCT, è già stata richiesta la valutazione del RPC, sul rispetto degli adempimenti previsti. Lo stesso dettame è previsto per il 2018. Il piano della formazione aziendale prevede specifici corsi relativi alla Prevenzione della Corruzione ed alla Trasparenza, o a temi riconducibili a dette tematiche, sia per i Dirigenti di struttura che per il restante personale.	Triennio	Direzione aziendale RPC Dirigenti responsabili di macroarea, dei Dipartimenti, di Area centrale e staff	Verifica rispetto degli indicatori di budget e di quanto previsto per i dirigenti nelle sezioni seguenti Verifica della partecipazione ai corsi di formazione
	Aggiornamento P.T.C.P.T: • aggiornamento delle attività a rischio; • conseguente aggiornamento del piano di formazione.	31 gennaio di ogni anno	RPC in collaborazione dei Referenti	Pubblicazione nei termini previsti del PTCPT
	Individuazione di ulteriori Referenti per la Prevenzione della Corruzione	31 dicembre di ogni anno	Direzione aziendale RPC	Eventuali referenti nominati
	Adozione delle azioni di miglioramento previste	Vedi termini indicati nella specifica tabella	Dirigenti responsabili di macroarea, dei Dipartimenti, di Area centrale e staff	Vedi termini indicati nella specifica tabella
	Programmazione delle azioni di trasparenza	31 gennaio di ogni anno	Responsabile della Trasparenza	Pubblicazione nei termini previsti del PTCPT
<b>Codice di comportamento</b>	Nel corso del 2017 è stato aggiornato il manifesto dei provvedimenti disciplinari DDG 1512 del 15/11/2017, il successivo aggiornamento del Codice di comportamento aziendale predisposto è prevista nel corso dell'anno 2018	31/12/2018	Dirigenti U.O. Risorse umane, in collaborazione con il RPC	Aggiornamento del codice di comportamento

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Monitoraggio annuale sulla attuazione del Codice, tramite il confronto con l'ufficio interessato delle Risorse umane eventuale incontro con i Responsabili della gestione del personale e i presidenti degli U.P.D. in caso di necessità	Annuale in tempo utile per la relazione del RPC	Tutti i soggetti interessati	Verbale incontro ovvero se il dato è richiesto nella relazione annuale pubblicazione dello stesso
	Monitoraggio delle sanzioni disciplinari erogate, (nel corso del 2017 sono stati licenziati per motivi disciplinari due dipendenti, il 12 luglio del 2017 si è svolto l'incontro fra i Presidenti degli UPD e il RPC)	annuale	Dirigenti U.O. Risorse umane, in collaborazione con il RPC	Verbale incontro ovvero se il dato è richiesto nella relazione annuale pubblicazione dello stesso
	Formazione dei Dirigenti e Responsabili delle Posizioni Organizzative per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	31 dicembre 2018	RPC in collaborazione con il Dirigente U.O. Formazione	N° di incontri predisposti e personale formato
	Informazione/Formazione del personale per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	Entro il 31 dicembre 2018	RPC in collaborazione con il Dirigente U.O. Formazione	N° di incontri predisposti e personale formato

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
<b>Rotazione del personale</b>	<p>L'Azienda USL Umbria 1 è di recente costituzione, 1 gennaio 2013, nasce dalla fusione delle ex ASL 1 e ASL 2, secondo quanto previsto dalla Legge Regionale 12 novembre 2012 , n. 18 "Ordinamento del servizio sanitario regionale", da due realtà con vocazioni abbastanza diverse, più ospedaliera la prima, più territoriale la seconda, ove è presente anche un'Azienda Ospedaliera. Nel corso del 2014, sono stati conferiti tutti i nuovi incarichi della nuova Azienda USL Umbria 1. Quasi tutti i Dirigenti dell'area centrale e di staff hanno cambiato almeno in parte il proprio incarico. In tutte le U.O. sono confluiti operatori provenienti da esperienze diverse; tali innovazioni hanno portato alla rivisitazione delle funzioni e ciò ha consentito il coinvolgimento di nuovi soggetti in ogni processo ed il rispetto dello spirito della norma sulla rotazione. Nel 2015 sono state assegnate la Responsabilità di 82 Posizioni Organizzative dell'Area centrale e di Staff, con la ridefinizione delle funzioni di 49 e 7 nuovi incarichi. La Delibera 1128/15, con cui è stato adottato dall'Azienda il "Piano 2014-2016 Revisione Strutture Semplici e Complesse" richiesto dalla Regione, ha comportato una complessiva rivisitazione degli incarichi dirigenziali e la riduzione di 93 strutture semplici. Nel 2016 è stata completata la riorganizzazione che ha portato nei parametri nazionali il numero delle Strutture semplici. Con la soppressione o accorpamento delle strutture, ai dirigenti che ne erano titolari sono stati attribuiti incarichi diversi per tipologia e/o per funzioni. E' stata effettuata la riorganizzazione di molte strutture, sono stati assegnati 57 nuovi incarichi dirigenziali (su 201 complessivi) e sopresse 37 strutture; sono stati assegnati i nuovi incarichi dirigenziali derivanti dalla revisione dell'assetto organizzativo aziendale. Tale assegnazione è stata effettuata, con particolare riferimento alla Dirigenza Professionale ed Amministrativa, tramite procedure selettive di evidenza pubblica. E' stata riassegnata la responsabilità delle 36 Posizioni organizzative del ruolo sanitario, 17 delle quali hanno cambiato il titolare. Nel 2017, proseguendo nel percorso di rinnovamento sono stati conferiti 4 nuovi incarichi di struttura complessa ed 14 di struttura semplice e 3 strutture sono state accorpate, con le DDG n. 65 del 18.01.17 e n. 98 del 26.01.17 è stato definito il nuovo Organigramma degli incarichi di Coordinamento afferenti al Servizio delle Professioni Sanitarie. Nella fase di attribuzione dei nuovi incarichi è stato attuato il principio della rotazione degli incarichi anche ai fini dell'anticorruzione, sono stati ruotati complessivamente 95 incarichi sui 207 assegnati, 95 ( pari al 46%), sono state conferite, inoltre, la Responsabilità di 10 Posizioni Organizzative a nuovi soggetti.</p> <p>La rotazione avviene nelle commissioni invalidi in relazione ai ruoli di titolare/supplente (per i medici) e di alternanza (50% ciascuno) dei segretari, (Delibera del DG. n. 1161/15). Nell'attività svolta da CoGeSi (Comitato Gestione Sinistri) in riferimento alle richieste di danni in tema di responsabilità professionale medica è garantita la rotazione delle figure tecniche professionali deputate a formulare gli specifici pareri tecnici. La Delibera del D.G. 1029/15 ha approvato le "Linee di indirizzo per la rotazione degli incarichi relativi alle verifiche ispettive delle casse CUP e dei delegati alla firma degli ordinativi di pagamento e di riscossione". E' stato ruotato il personale addetto alla liquidazione delle competenze spettanti alle farmacie, parafarmacie, sanitarie ed esercizi commerciali autorizzati. Nel Dipartimento di Prevenzione in alternativa alla rotazione è previsto un sistema di audit e/o la verifica di attività a campione, nel 2017 hanno ruotato i membri del gruppo di audit del Servizio ISP nel 2016 quello PSAL, Nei comuni interessati dalle elezioni amministrative, è stato ruotato il personale e l'attività di vigilanza programmata è stata svolta da personale proveniente da altre aree, quando possibile o differita. Le commissioni di selezione del personale sono nominate dal D.G., sia per il comparto che per la Dirigenza, di norma variano sempre nella loro composizione, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale. E' stata attuata la rotazione dei RUP, che di solito non coincidono con i DEC. Per le forniture più complesse e più onerose è previsto l'affiancamento del DEC con assistenti nominati dal D.G.. La rotazione non è avvenuta ai soli fini della Prevenzione della Corruzione, ma è comunque una misura prevista nei regolamenti aggiornati per l'assegnazione degli incarichi. Nell'ambito del 2017 non sono state rilevate situazioni di incompatibilità tali da imporre un immediato ricorso alla fattispecie di che trattasi, se non per alcuni componenti delle commissioni invalidi prontamente rimossi.</p>			

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	<p>Quando il numero degli operatori lo consente è variata la composizione delle squadre di vigilanza, in caso contrario la vigilanza avviene sulla base del programma definito a cura del Dirigente del Servizio utilizzando un'apposita check-list ed è previsto un programma di audit di controllo. Recentemente sono ruotati i membri del gruppo di audit del Servizio ISP, nel 2016 era avvenuto per il PSAL.</p>	Biennale	Dirigenti responsabili	<p>Numero delle squadre variate Programma di vigilanza predisposto Check list predisposta, numero di audit</p>
	<p>Tempestività nelle adozioni delle azioni necessarie nell'ipotesi che si manifestino cause di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico. In particolare in caso di notizia di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente (ad esempio perché l'Azienda ha avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o è stato pronunciato un ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o una perquisizione o sequestro) e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'Azienda assumerà le iniziative necessarie per procedere alla rotazione dell'incarico e/o alla assegnazione ad altro servizio.</p>	immediata	<p>Dirigenti responsabili e Dirigente dell'U.O. Gestione del personale</p>	<p>(numero delle azioni intraprese) / (numero dei casi verificatosi) Nel corso del 2017 è stata sospesa l'esercizio dell'attività libero professionale per motivi disciplinari</p>
	<p>Rispetto a quanto previsto dal precedente PTPC la revisione del regolamento aziendale in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi a pubblici dipendenti, è stata adottata con alcuni mesi di ritardo, pertanto è slittato al 2018 la definizione del sistema di monitoraggio. Sono stati inseriti criteri più stringenti per l'autorizzazione in particolar modo per il conflitto di interessi. E' in corso di rielaborazione il nuovo regolamento.</p>	30 giugno 2018	Dirigente U.O. Risorse umane	Definizione del sistema di monitoraggio
<b>Conferimento e autorizzazione incarichi</b>	Monitoraggio sulle dichiarazioni rese a vario titolo dai collaboratori dell'Azienda	Annuale	Dirigenti Responsabili	Numero dei controlli effettuati
<b>Attività successive alla cessazione dal servizio</b>	Il patto di integrità, adottato con il precedente Piano, prevede la risoluzione del contratto nel caso di violazione da parte dei fornitori del divieto previsto dal DPR 165/2001 art. 53 comma 16 ter.			

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
<p><b>Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (<i>whistleblower</i>)</b></p>	<p>Verifica del sistema di protezione del Dipendente che segnala eventuali condotte illecite (art. 54 bis del d.lgs. n. 165 del 2001 e Codice di comportamento aziendale).</p>	<p>Si è in attesa della prima segnalazione per testare il sistema</p>	<p>R.P.C.</p>	<p>Effettiva protezione dell'anonimato del dipendente pubblico che segnala illeciti</p>
	<p>Adeguamento alle Linee guida ANAC</p>	<p>31/12/2018, salvo diversa scadenza</p>	<p>R.P.C. e Responsabile U.O. Sistemi informativi ed informatici</p>	<p>Adeguamento realizzato</p>
<p><b>Formazione del personale</b></p>	<p>Proseguimento del percorso di formazione iniziato nell'anno 2014, suddiviso in due grandi categorie:</p> <p><b>Formazione specialistica</b> attraverso percorsi articolati, destinata alle figure principali della prevenzione della corruzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• R.P.C.,</li> <li>• Referenti per la Prevenzione della Corruzione ed Operatori struttura di supporto al RPC;</li> <li>• Responsabile della Trasparenza;</li> <li>• I Dirigenti e le Posizioni organizzative e gli Operatori da questi individuati delle aree a maggior rischio;</li> <li>• I Dirigenti delle Strutture Operative dell'Area centrale, e i Dirigenti dei Dipartimenti sanitari e delle relative Strutture complesse.</li> </ul> <p><b>Formazione generale</b> a livello aziendale sarà principalmente rivolta a favorire l'acquisizione delle conoscenze e delle abilità necessarie, a secondo il ruolo ricoperto, alla corretta attuazione del Codice disciplinare e del PTPCT e dei principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati. Detta formazione, organizzata in incontri di 4 ore sarà curata dal R.P.C., e dal Resp. Trasparenza in collaborazione con i Referenti e da altri docenti individuati secondo il Regolamento aziendale della Formazione.</p>	<p>Triennio 2017-19</p>	<p>R.P.C. UO "Formazione e Sviluppo Risorse</p>	<p>Numero dei corsi svolti Numero dei discenti che hanno partecipato</p>

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	<p>Inoltre è previsto per l'anno 2018 un corso di formazione per i Dirigenti con il seguente programma:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Introduzione alla legge 190/12, Piano aziendale Triennale della Prevenzione della corruzione e Codice di comportamento dei dipendenti pubblici ed applicazione aziendale</li> <li>2) Trasparenza: Cenni normativi e applicazioni pratiche</li> <li>3) Autorizzazione incarichi occasionali e Adozione dei Provvedimenti disciplinari</li> <li>4) Orario di lavoro</li> <li>5) Pubblicazione - Formati aperti e banche dati</li> </ol>			
<b>Patti di integrità negli affidamenti</b>	E' già stato inserito negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito il patto di integrità che in versione aggiornata è riportato in allegato 4, già esteso alle associazioni di volontariato	01 gennaio - 31 dicembre	Dirigenti responsabili dell'area appalti R.P.C.	Numero di contratti sottoscritti contenente il patto di integrità / Numero di contratti sottoscritti

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
<p><b>Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile</b></p>	<p>Pubblicazione del P.T.P.C.T nel sito istituzionale</p> <p>È a disposizione della cittadinanza la casella di posta elettronica (prevenzionedellacorruzione@uslumbria1.it) per la segnalazione di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto d'interessi,</p> <p>Predisposizione delle informazioni per l'accesso civico; pubblicazione dei nominativi/caselle di posta elettronica a cui inoltrare le istanze.</p> <p>Sono stati predisposti per la segnalazione di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto d'interessi, sia per i dipendenti che per i cittadini. Regolamentazione per l'Accesso Civico in relazione alle L.G. ANAc - Delibera n. 1309 del 28/12/2016 e agli adempimenti previsti dagli artt. 5 e 5-bis del D.lgs n.33/ 2013 n. 33 modificato dal D.lgs n. 97/2016, si è proceduto alla - revisione/integrazione del Regolamento sull'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi (Adottato con DDG n°1303 del 9 ottobre 2017)</p>	<p>10 giorni dall'adozione</p>	<p>Responsabili Trasparenza e Prevenzione Corruzione</p>	<p>Pubblicazione</p>
<p><b>Monitoraggi interni di ogni unità operativa</b></p>	<p>Ogni dirigente, in particolar modo quelli delle aree a maggior rischio, definisce un sistema di monitoraggio sui propri processi, la priorità è data dal livello di rischio riscontrato. Segnala allo stesso immediatamente le anomalie riscontrate e se rileva violazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di rilevanza disciplinare ne dà tempestiva comunicazione all'Ufficio procedimenti disciplinari per i necessari provvedimenti,</li> <li>• di responsabilità contabile, presenta tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei conti,</li> <li>• con ipotesi di notizia di reato ne dà tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia giudiziaria.</li> </ul>	<p>Decorrenza immediata dall'adozione del P.T.C.P. da concludere entro il 31 dicembre 2019</p>	<p>Tutti i dirigenti di Macrostruttura, Dipartimenti e U.O. delle aree centrali e di staff in collaborazione con il R.P.C.</p>	<p>Numero delle segnalazioni</p>

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Ogni struttura deve indicare i tempi previsti dalla legge o dai propri regolamenti per la conclusione dei Procedimenti, deve realizzare un sistema di monitoraggio del rispetto dei termini			Numero dei procedimenti di cui è stato definito il tempo di attuazione
	Segnala periodicamente, motivando, eventuali scostamenti dai tempi previsti.			Numero delle segnalazioni
	Controlli a campione sulle autodichiarazioni rese dal personale.		Unità Operativa Risorse Umane	Numero ed esito dei controlli
L'informatizzazione dei processi costituisce di per sé sistema di monitoraggio e consente di ottenere indicatori di controllo sul processo stesso.				
<p>In particolare, con atto deliberativo n.1148/2016 sono state approvate le linee guida per le autocertificazioni relative a richiesta di assegni familiari e sono state previste, ed effettivamente realizzate, le seguenti tipologie di controlli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a campione: a posteriori (dopo l'erogazione del contributo) individuando, mediante sorteggio, la percentuale del 10% delle istanze relative al periodo 01/07 - 30/06 di ogni anno;</li> <li>- puntuali: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) (su ogni istanza) prima dell'erogazione del beneficio, per tutte le domande di riconoscimento di arretrati riferiti a periodi precedenti</li> <li>b) in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.</li> </ul> </li> </ul> <p>Nel corso del 2017 sono state complessivamente poste in essere 166 verifiche su 560 richieste superando ampiamente il 10% delle istanze prodotte, dando così la piena attuazione alle linee guida.</p>				

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
<p>Con la DDG n° 1524 del 28/12/2016 sono stati adottati i modelli per la comunicazione: di quanto previsto dal DPR n. 62/2016 <b>“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”</b>, recepiti con la DDG di questa USL 921/2014 avente ad oggetto <b>“Adozione del Codice di Comportamento dell’Azienda USL Umbria 1”</b>:</p> <p><b>Modulo A</b> - “Dichiarazione sostitutiva di certificazione - Partecipazione ad Associazioni e Organizzazioni che possono interferire con l’attività dell’ufficio ai sensi dell’art. 5 DPR n. 62/2013 e dell’art. 9 del Codice di comportamento aziendale”</p> <p>- <b>Modulo B</b> - “Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà degli Interessi finanziari e Conflitti di interesse ai sensi dell’art. 6 DPR n. 62/2013 e dell’art. 8 del Codice di comportamento aziendale”</p> <p>- <b>Modulo C</b> – “Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà ai sensi dell’art. 13 del DPR 62/2013 e dell’art. 10 del Codice di comportamento aziendale - Disposizioni particolari per i Dirigenti”</p> <p>- <b>Modulo D</b> – “Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà ai sensi dell’art. 13 del DPR 62/2013 e dell’art. 10 del Codice di comportamento aziendale - disposizioni particolari per i Dirigenti situazione reddituale e patrimoniale ai sensi dell’art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali”</p> <p>- <b>Modulo E</b> – “Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà ai sensi dell’art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali - Dichiarazione presentata dal Dirigente dichiarante”</p>				
<p><b>Monitoraggio dei rapporti amministrazione/so ggetti esterni</b></p>	<p>Raccolta delle dichiarazioni dal personale interessato</p>	<p>31dicembre 2018</p>	<p>Dirigenti responsabili</p>	<p>N°delle dichiarazioni raccolte</p>
	<p>Aggiornamento, sulla base del modello Agenas della dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti, della dichiarazione resa dal personale che svolge attività a maggior rischio di corruzione, per escludere/gestire i rapporti tra gli operatori coinvolti nel processo decisionale ed i soggetti con i quali sono stati stipulati contratti, o sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici e non o sottoposti a controlli ai fini della verifica di eventuali relazioni di parentela o affinità o di interesse economico, la priorità è data dal livello di rischio riscontrato.</p>	<p>31 dicembre 2018</p>	<p>Responsabile U.O. gestione del personale; RPC</p>	<p>Modelli predisposti</p>
	<p>E’ stato costituito il Nucleo Ispettivo Aziendale, , che ha fra i suoi compiti “ il controllo trimestrale a campione su almeno 30 mandati di pagamento, prevedendo la ricostruzione a ritroso di tutti i procedimenti che hanno dato luogo agli stessi per verificarne la correttezza formale e sostanziale”, anche ai fini anticorruptivi.</p>	<p>annuale</p>	<p>Il coordinatore del Nucleo ispettivo</p>	<p>Numero dei controlli effettuati, numero delle non conformità riscontrate</p>

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
<p><b>Controllo a campione ai fini della Prevenzione la corruzione</b></p>	<p>E' stato costituito uno specifico gruppo di audit/controllo per ogni Servizio del Dipartimento di Prevenzione per verificare alcuni processi a campione sia autorizzativi che di vigilanza</p>	<p>annuale</p>	<p>Il Responsabile del Servizio</p>	<p>Numero dei controlli effettuati, numero delle non conformità riscontrate</p>
	<p>Il Servizio di Medicina legale ha iniziato a verificare l'attuazione delle misure di rotazione dei membri delle Commissioni</p>	<p>annuale</p>	<p>Il Responsabile dell' U.O. Medicina legale</p>	<p>N° dei controlli effettuati, N° delle non conformità riscontrate</p>
<p><b>Riduzione della discrezionalità dei processi</b></p>	<p>I dirigenti devono favorire l'applicazione dei processi ad evidenza pubblica e trasparenti, che siano disciplinati da normative nazionali, regionali o inquadri in regolamenti aziendali, in mancanza di tutto questo è necessario stabilire a monte i criteri che saranno seguiti, attraverso atto ad evidenza pubblica</p>			
	<p>Tutte le Delibere del Direttore generale e le Determine dirigenziali sono dematerializzate ed il protocollo è elettronico e sono registrati tutti gli interventi effettuati</p>			
	<p>Ogni pagamento avviene tramite l'emissione di ordinativi informatici sul sistema contabile SAP previa Determina dirigenziale di liquidazione dei Responsabili dei Centri di responsabilità, fanno eccezione le spese indifferibili ed urgenti, liquidate mediante cassa economale, che rappresentano una minima parte delle spese sostenute e comunque riepilogate trimestralmente con apposita DDG.</p>			
	<p>Con delibera n. 931 del 12/8/2016 è stato approvato il Regolamento Aziendale sull'Ordinativo Informatico che disciplina il controllo interno da parte degli uffici e dei firmatari degli ordinativi, con apposita verbalizzazione da parte di questi ultimi. I controlli a campione sono stati effettuati, verbalizzati e conservati agli atti d'ufficio.</p>			
	<p>Con DDG n. 1246 del 27/09/2017, l'Azienda in esito al percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), ha adottato le procedure amministrativo- contabili e i regolamenti per l'Area delle Immobilizzazioni , l'Area delle Rimanenze, Area delle disponibilità liquide, l'Area del Patrimonio Netto, il Ciclo passivo, il Ciclo Attivo, l'Area del Controllo e il Regolamento di Co.An .</p>			
	<p>Con DDG n. 1300 del 9/10/2017 sono state adottate rispettivamente “ Piano Attuativo della Certificabilità (PAC)- Approvazione procedure amministrativo- contabili” e *Piano Attuativo della Certificabilità (PAC)- Approvazione procedura operativa Raccolta dei fabbisogni presa d'atto Procedure acquisizione di beni e servizi sanitarie non da parte di CRAS “ .</p>			
<p>Informatizzare per quanto possibile tutti i processi, partendo da quelli a maggior rischio. Il programma deve dare modi di evidenziare le modifiche effettuate con data e autore delle stesse. Nel 2015 in tutta l'azienda è stata implementata la procedura informatizzata ASTER per l'assistenza protesica. Nel corso del 2016 è stata implementata informatico (Aster con interfaccia INPS) per le procedure in materia di Invalidità Civile e normative connesse</p>				

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	<p>Tutte le procedure sotto soglia, ove presente il meta prodotto, vengono espletate tramite procedure telematica (MEPA).                      Tutte le fasi delle gare sono sempre seguite da almeno due persone, anche la verifica dell'anomalia.                      E' stato predisposto modello per la dichiarazione di non incompatibilità dei componenti delle commissioni di gara, firmato ed inserita dichiarazione a verbale e riportato nelle delibere di nomina delle commissioni e delle aggiudicazioni.                      Sono stati attivati, attraverso idonea modulistica, dei percorsi di raccolta del fabbisogno.                      Sono sempre fatti i controlli dei requisiti delle ditte aggiudicatrici così come previsto dal codice.                      Le funzioni di RUP sono state assunte anche da altri dipendenti della U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi in modo da distribuire le gare ed evitare la concentrazione in un unico soggetto di tali funzioni e sostanziare un maggiore controllo                      Nell'UO Area Economale, sono state segregate le funzioni: un Responsabile di Posizione Organizzativa, ricopre il ruolo di RUP, l'altro quello di Direttore dell'Esecuzione del Contratto o di suo Assistente, il Dirigente mantiene le funzioni di controllo e provvede alla liquidazione delle fatture</p>			
	<p>Completamento del processo di suddivisione dei compiti e della responsabilità delle varie fasi del processo su più dirigenti/funzionari, per evitare che chi predispone un atto, come istruttore, sia lo stesso che lo sottoscrive e lo autorizza come dirigente e poi, eventualmente liquida anche i relativi debiti, che chi prescrive un ausilio o un farmaco sia lo stesso che lo collauda o l'autorizza, chi autorizza una struttura sia lo stesso che la vigila, etc., (salvo dettami normativi che impongono prassi diverse, ad es. il DM 332/1999 prevede espressamente che chi prescrive è anche colui che collauda).</p>			
	<p>Tutte le integrazioni e modifiche ai bandi di gara devono essere assunte con DDG.</p>			
	<p>Sono stati posti in essere sistemi di controllo per la verifica della corrispondenza sia per i beni e soprattutto per i servizi fra quanto previsto nel capitolato d'appalto, integrato da quanto offerto in sede di gara, e quanto effettivamente fornito, tramite il "modulo di avvenuta prestazione" e la documentazione allegata per procedere alla liquidazione delle fatture. Si stanno individuando per ogni struttura dei referenti adeguatamente formati ( o da formare) in grado di controllare e segnalare al Dirigente dell'esecuzione del contratto (DEC) eventuali anomalie. Negli appalti di servizi di particolare rilevanza o complessità assieme al DEC sono nominati uno o più assistenti. E' previsto un incontro periodico fra i Responsabili Unici del Procedimento, i DEC e il R.P.C..</p>			
	<p>Si sta completando la nomina degli assistenti al DEC, per tutti gli appalti di particolare rilevanza economica o complessità (valore economico superiore al milione di euro),</p>			

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Completamento nella predisposizione dei modelli di verbali di controllo, con apposita check list, redatto dai funzionari incaricati, attestante tutti controlli (a campione o sistematici) effettuati nel periodo di riferimento della fattura per la quale il DEC deve dichiarare la regolarità dell'esecuzione e la conseguente liquidabilità. Il suddetto verbale deve poi essere vistato dal DEC e conservato agli atti unitamente alla restante documentazione e per lo stesso periodo.	31 dicembre 2018	DEC	Numero dei modelli predisposti
	Completamento dell'addestramento del personale addetto alla verifica dell'"avvenuta prestazione"	31 dicembre 2019	DEC	Numero degli operatori addestrati
<b>Monitoraggio sull'adempimento degli obblighi di trasparenza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica trimestrale dell'aggiornamento delle informazioni, che se non pubblicate rendono inefficaci gli atti di riferimento ed impediscono i pagamenti.</li> <li>- Verifica annuale check-list - modello con voci dell'allegato 2)</li> </ul>	dal 15 al 30 gen/apr/lug/ott); (dal 15/al 28 feb)	Responsabile Trasparenza	Pubblicazione degli esiti delle verifiche
	- Verifica annuale (entro la data fissata da ANAc ) check-list e modello di attestazione predisposti da ANAC	Data fissata da ANAc	Nucleo di Valutazione Aziendale	Pubblicazione entro il 30 aprile 2017

## 9. Misure trasversali e/o esclusive

Di seguito sono indicate le misure da prendere o da migliorare, sia trasversali che esclusive per le aree individuate, per prevenire e ridurre il rischio corruzione				
Reclutamento, gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno				
Assunzioni a tempo indeterminato e determinato Rischio medio-alto	I requisiti per i concorsi per l'accesso del personale sono ben definiti a livello nazionale, occorre monitorare con attenzione che non siano disattesi, (ad esempio il PNA ricorda la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di evitare reclutamenti di candidati particolari).			
	La partecipazione ai concorsi di personale già in forza con contratti a tempo determinato nei servizi, è sicuramente una criticità, in particolar modo per le U.O. che per dimensioni e modalità operative prevedono la contiguità con il Responsabile, che necessariamente deve essere il Presidente della Commissione. E' opportuno in tal caso nella nomina della commissione prestare la massima attenzione, prevedendo almeno un autorevole membro esterno.			
	Monitoraggio ricorsi/sospensione del concorso, verifica procedimento	annuale	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero dei ricorsi/sospensioni Numero di non conformità riscontrate
Stipula di contratti professionali Rischio alto	Più delicata è l'attribuzione di incarichi professionali, che si presta ad una maggior discrezionalità, comunque sono già previsti avvisi pubblici e procedure di comparazione, secondo il regolamento aziendale recentemente adottato.			
	Monitoraggio degli incarichi esterni attribuiti e controllo a campione su alcuni di essi per verificare tutto il percorso che ha portato al conferimento.	annuale	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero di controlli effettuati Numero di non conformità riscontrate
Progressioni di carriera Rischio medio	Nella valutazione complessiva ai fini dell'indennità di risultato nonché delle progressioni di carriera sono stati penalizzati, così come previsto dal PTPC, gli operatori che sono incorsi in provvedimenti disciplinari.			
Sostituzioni art. 18	Verifica degli incarichi assegnati secondo l'art. 18 del CCNLL	30 giugno 2018	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero incarichi assegnati
	Rotazione degli incarichi o stabilizzazione degli stessi, per le strutture che permettono tali provvedimenti	31 dicembre 2019	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero incarichi ruotati e /o stabilizzati
Istituto della mobilità	Prevedere la costituzione di apposita Commissione per la valutazione delle istanze presentate	31 dicembre 2019	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Modifica regolamento
Autorizzazione allo svolgimento di incarichi	Aggiornamento del regolamento, comprendendo anche la regolamentazione del part time	31 dicembre 2018	Dirigenti U.O. Risorse umane	Regolamento aggiornato

extraistituzionali.				
Acquisizione di beni e servizi e gestione del contratto (comprese le gare di affidamento dell'assistenza domiciliare e gestione delle strutture)				
<p>Gli acquisti sono regolati dagli strumenti della programmazione aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ il documento di programmazione e il bilancio pluriennale di previsione;</li> <li>✓ il bilancio preventivo economico annuale;</li> <li>✓ il programma pluriennale delle forniture ai fini della programmazione degli acquisti;</li> <li>✓ i programmi annuali di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi, i progetti operativi annuali;</li> <li>✓ il programma delle attività territoriali di distretto previsto dall'art. 38 della LR 18/2012 i cui contenuti sono fissati all'articolo 3-quater, commi 2 e 3 del D.Lgs. 502/1992 e dall'articolo 4, comma 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001;</li> <li>✓ il programma delle attività e degli investimenti inserito nel documento di programmazione previsto dall'articolo 3 della L.R. n. 51/1995;</li> <li>✓ gli accordi ed i contratti con le strutture sanitarie erogatrici, pubbliche e private accreditate.</li> </ul>				
Definizione dei Fabbisogni (fase comune alle procedure di gara per affidamento forniture/servizi)	Il protocollo adottato prevede il coordinamento della raccolta dei fabbisogni , in particolare per l'acquisto di beni, da parte dei Direttori di dipartimento che nella richiesta dichiarano di aver effettuato la ricognizione delle scorte e di aver verificato la necessità per tutte le U.O. afferenti, per evitare sia ordini frazionati dello stesso prodotto che eccessi di scorta. La richiesta dell'acquisto di farmaci è a cura del Responsabile dell'U.O. Farmacia sulla base di quella del medico specialista.			
	Perfezionamento dei modelli per la raccolta dei fabbisogni ed omogeneizzazione delle richieste	31 dicembre 2018	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero dei modelli predisposti
	Verifica Regolamento Aziendale adottato	31 dicembre 2018	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Regolamento adottato
	Formazione/istruzione del personale sulle procedure di acquisto per il necessario scambio di informazioni/esigenze fra il personale sanitario richiedente e quello amministrativo che effettua l'ordine	31 dicembre 2019	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero di operatori formati

	Negli atti di indizione della gara dovrà essere indicato il nominativo del coordinatore del gruppo di lavoro che ha esteso il capitolato, che se non debitamente motivato non potrà far parte della commissione aggiudicatrice	31 dicembre 2018	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero atti indicanti il coordinatore/numero di atti totali (riferiti entrambi ai soli acquisti di beni e servizi)
Procedure di gara previa pubblicazione del bando (o avviso esplorativo)	<p>Stato attuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per SOPRA SOGLIA: utilizzo delle Piattaforme Consip per il Sistema dinamico o adesione a gare da Centrale di Committenza Regionale (ove disponibili e coerenti con le necessità aziendali/regionali).</li> <li>- Per SOTTO SOGLIA: utilizzo Piattaforma MEPA (ove presente metaprodotto).</li> <li>- Pubblicazioni avvisi su sito aziendale.</li> <li>- Pubblicazione dati e diffusione informazioni.</li> <li>- Raccolta autodichiarazioni da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici e aggiudicatrici, relativamente ad assenza conflitto d'interesse relativo alla procedura e assenza condanne e procedimenti ai sensi della normativa anticorruzione.</li> <li>- Trasmissione di tali autodichiarazione all'ufficio personale ai fini dell'effettuazione dei relativi controlli.</li> <li>- Utilizzo di una scheda istruttoria preliminare agli acquisti ai fini della omogeneizzazione delle valutazioni inerenti la procedura da effettuare.</li> <li>- Sottoscrizione da parte del fornitore del Patto di Integrità predisposto.</li> </ul>			
Procedure di gara senza previa pubblicazione del bando				
Attività verifica e controllo requisiti fornitori / appaltatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controllo sulle autodichiarazioni di possesso dei requisiti generali, professionali, economico-finanziari ecc. in fase di prequalifica, l'attività è condotta da almeno 3 collaboratori della U.O.</li> <li>- Controllo sulle autodichiarazioni di possesso dei requisiti generali, professionali, economico-finanziari ecc. in fase di aggiudicazione:</li> <li>- Avvio esternalizzazione verifica tramite AVCPass</li> <li>- Verifica della permanenza possesso requisiti generali, in fase di stipula del contratto</li> <li>- Verifica del permanere del possesso requisiti ai fini della liquidazione delle fatture (regolarità DURC)</li> <li>- Verifiche ai sensi del D.Lgs. n.159/2011, art.86. e s.m.i.</li> </ul>			
Selezione del contraente	<p>Sono accessibili online la documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese, in caso di documentazione non accessibile online, sono definite e pubblicate le modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari ed è pubblicato il nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara. Sono definite le direttive/linee guida interne che individuino in linea generale i termini (non minimi) da rispettare per la presentazione delle offerte e le formalità di motivazione e rendicontazione qualora si rendano necessari termini inferiori. Sono previsti idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte (protocollo informatizzato). Sono definite le modalità per la corretta conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire verifiche successive. Sono rispettati gli obblighi di</p>			

	trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti. E' stata predisposta una <i>Check list</i> di controllo sul rispetto degli obblighi di tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico. Nei verbali di gara sono specificate le cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta. Nella Delibera di aggiudicazione sono riportati i punteggi attribuiti agli offerenti e sono pubblicate le informazioni circa la prima seduta di gara ed in quella sede definito il calendario successivo.			
Autorizzazione al subappalto (compresa la fase di verifica dei requisiti in capo al subappaltatore)	L'autorizzazione al subappalto può essere concessa nei termini previsti dalle norme vigenti previa sottoscrizione anche da parte del subappaltatore del protocollo di legalità	annuale	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero di protocolli sottoscritti/numero di sub appalti concessi
Di seguito sono indicate alcune delle misure per la verifica di anomalie e di prevenzione tratte dall'aggiornamento del PNA da adottare nel triennio di valenza del Piano che possono essere applicate utilmente all'organizzazione dell'Azienda USL Umbria 1				
	Verifica ricorso a procedure di urgenza	annuale	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra: procedure di urgenza/numero gare
	Proroghe dei contratti non previsti in sede di gara o con gara non istituita	annuale	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra: contratti prorogati e quelli esitati in gara
	Verifica valore degli appalti affidati tramite procedure non concorrenziali (affidamenti diretti, cottimi fiduciari, procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando di gara) riferiti alle stesse classi merceologiche di prodotti/servizi.	annuale	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Verifica valore annuo appalti per classi omogenee affidati tramite procedure concorsuali
	Il RUP sei mesi prima della scadenza dei termini utili per predisporre la tipologia di gara richiesta, richiede tutte le informazioni necessarie per iscritto agli interessati	annuale	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra: richieste effettuate nei tempi previsti/numero gare espletate
	Predisposizione procedura che stabilisca le modalità di verifica dei fabbisogni, la loro comunicazione, i criteri per la scelta della tipologia di gara da bandire <i>Check list</i> di verifica degli adempimenti da porre in essere, anche in relazione alle direttive/linee guida interne adottate ed audit di controllo, prevedendo il ricorso quando possibile al almeno 5 operatori economici anche per importi inferiori ai 40.000 euro	31 dicembre 2018	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Procedura predisposta
	Predisposizione procedura per la predisposizione di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione	31 dicembre 2018	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Procedura predisposta

	Elenchi aperti elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione	31 dicembre 2019	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero di elenchi aperti
	Aggiornamento dichiarazioni rese dai commissari, definizione procedura per la creazione di albi del personale interno per svolgere le necessarie attività dalla predisposizione del capitolato all'assegnazione della fornitura/servizio	31 dicembre 2018	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Procedura predisposta
	generazione di albi del personale interno per svolgere le necessarie attività dalla predisposizione del capitolato all'assegnazione della fornitura/servizio	31 dicembre 2018	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero di albi predisposti
	Definizione della procedura per documentare il procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia o nel caso in cui si riscontri un numero significativo di offerte simili o uguali.	31 dicembre 2018	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Procedura predisposta
	Verifica della presenza di denunce/ricorsi da parte dei concorrenti ovvero dell'aggiudicatario	annuale	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero delle denunce/ricorsi presentati, da comunicare al RPC
	Prevedere la pubblicazione delle dichiarazioni rese dai funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara delle dichiarazioni di cui sopra	31 dicembre 2018	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra gare in cui è stata pubblicata la dichiarazione e quelle totali
	Verifica numero varianti concesse	annuale	Responsabile U.O.Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra gli affidamenti con varianti e numero totale di affidamenti
<b>Gestione dei contratti</b>	<p>Piani di controllo sui Servizi, oltre agli interventi programmati che vengono fatti in collaborazione con il "Gruppo tecnico per i servizi esternalizzati"</p> <p>Il Piano di Controllo dettaglia quindi in modo analitico tutti i punti da considerare in fase di verifica definendo, per ognuno di essi, le condizioni di Conformità, Osservazione e Non Conformità.</p>	annuale	Responsabile U.O. Area Economale	Non conformità riscontrate

	Verifica a campione di una liquidazione	Mensile	Responsabile U.O. Area Economale	Non conformità riscontrate
Gestione lavori pubblici (ampliamento, ristrutturazioni, nuove costruzioni, manutenzioni straordinarie)				
I lavori da effettuare sono svolti sulla base del programma delle attività e degli investimenti inserito nel documento di programmazione previsto dall'articolo 3 della L.R. n. 51/1995.				
Affidamento incarichi professionali Rischio: medio alto	Gli incarichi devono essere conferiti con la procedura applicabile a secondo gli importi, è preferibile utilizzare bandi pubblici, evitando per quanto possibile l'affidamento diretto, devono essere contattati almeno 5 soggetti, anche utilizzando l'albo regionale dei professionisti	annuale	Responsabile U.O. Attività tecniche -Acquisiti beni e servizi	Rapporto fra gli affidamenti diretti e il numero totale di affidamenti
Affidamento lavori Rischio: Alto	Valgono le stesse regole riportate per l'acquisizione di beni e servizi.	annuale	Responsabile U.O. Attività tecniche -Acquisiti beni e servizi	Rapporto fra gli affidamenti diretti e il numero totale di affidamenti  Rapporto fra gli importi dei lavori affidati diretti e il numero totale di affidamenti compresi quelli relativi agli accordi quadro
<b>Manutenzione edifici, impianti ed apparecchiature</b>				
Manutenzione edifici/impianti ed apparecchiature elettromedicali Rischio: alto, medio per importi fino a € 5.000.00	I principali lavori di manutenzione sono affidati mediante l'adesione alla gara CONSIP MIES ed accordi quadro. L e ditte devono essere preferibilmente individuate all'inizio dell'anno con la procedura applicabile a secondo gli importi, ma è preferibile utilizzare bandi pubblici.			
	Definizione di una procedura di controllo a campione sulle fatture emesse dalla ditta fornitrice	31 dicembre 2018	Responsabile U.O. Attività tecniche -Acquisiti beni e servizi e U.O .Patrimonio	Predisposizione procedura
	Predisposizione degli albi dei fornitori	31 dicembre 2018	Responsabile U.O. Attività tecniche -Acquisiti beni e servizi	Numero di albi predisposti
E' prevista la sottoscrizione da parte dei fornitori del protocollo di integrità				
<b>Gestione patrimonio immobiliare</b>				

Gestione patrimonio immobiliare acquisti /alienazioni, affitti attivi/passivi Rischio: medio	Si procede agli acquisti o al reperimento in affitto dei locali mediante avviso pubblico e solo in casi particolari alla negoziazione diretta con il proponente, così come per l'alienazione degli immobili e/o loro cessione in affitto.			
	Sono stati predisposti i regolamenti per l'inventario dei beni mobili e di quelli immobili, di prossima emissione quello di gestione dei beni immobili.			
	Prima di procedere al rinnovo degli affitti occorre verificare la congruenza con i prezzi di mercato, anche tenendo conto di eventuali esigenze particolari, ed acquisire una relazione da parte del Dirigente responsabile dell'U.O. che utilizza i locali per verificare il grado di adeguatezza degli stessi.	annuale	Responsabile U.O. Patrimonio	Rapporto fra il numero delle verifiche effettuate e gli affitti rinnovati
Gestione liste di attesa				
<p><i>Ricoveri Ordinari e Diurni.</i> Al fine di garantire la trasparenza, intesa come standardizzazione dei relativi percorsi di accesso e quant'altro, l'Azienda ha emanato, in particolare nell'ultimo triennio, diverse procedure generali, tra le quali, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si ricordano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestione Blocco Operatorio</li> <li>· Gestione delle liste di attesa per intervento chirurgico programmato</li> <li>· Gestione percorso preoperatorio in chirurgia programmata</li> </ul> <p>Al momento non vengono segnalate "non conformità" rispetto ai descritti percorsi ed agli altri comunque applicati. E' a regime l'adozione dei RAO con la presa in carico con lista di attesa informatizzata (DDG n. 796/2014 "Adozione del Piano Attuativo aziendale per il contenimento delle Liste di Attesa, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale).</p> <p>E' stato predisposto il regolamento delle RSA a ciclo breve con accesso dei Medici di Medicina Generale e in via di definizione quelli aziendali per le RSA e le Residenze Protette. E' stato definito, già con il rinnovo delle convenzioni nel 2014, uno schema unico aziendale per gli accordi contrattuali con le Residenze Protette, con le Strutture Socio-Riabilitative e con gli Istituti Riabilitativi ex-art. 26 della L. 833/78. Non si è ritenuto necessario provvedere alla rotazione dei componenti delle Unità di Valutazione Multidisciplinari (UVM) data numerosità dell'equipe, presenza di componenti nominati da altri Enti (Comune), integrazione dell'equipe con i referenti territoriali che propongono i casi in discussione, processo regolamentato da criteri definiti a livello regionale ed aziendale. E' in corso la sperimentazione delle prenotazioni on line.</p> <p><i>Ricoveri Ordinari e Diurni.</i> Al fine di garantire la trasparenza, intesa come standardizzazione dei relativi percorsi di accesso e quant'altro, l'Azienda ha emanato, in particolare nell'ultimo triennio, diverse procedure generali, tra le quali, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si ricordano</p> <p>Anno 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestione Blocco Operatorio</li> <li>● Gestione delle liste di attesa per intervento chirurgico programmato</li> <li>● Gestione percorso preoperatorio in chirurgia programmata</li> </ul>				

Anno 2016: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestione alienazione beni mobili</li> <li>● Gestione registro firme e sigle operatori</li> <li>● Gestione informatizzata del flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera</li> </ul> Anno 2017 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione dossier sanitario elettronico</li> <li>• Dimissioni protette e continuità delle cure</li> <li>• Sono state definite dai Distretti le Linee Guida Aziendali per la gestione del CUP</li> </ul>				
<b>Liste di attesa</b>	Completamento delle procedure per la gestione delle liste di attesa Con delibera del DG n. 744 del 27/06/2016 è stato adottato il "Piano Aziendale per il contenimento delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali"	31 dicembre 2018	Dirigenti responsabili	Rapporto fra liste di attesa regolate con procedure e il totale delle liste di attesa
	Verifica del rispetto dei criteri definiti nelle procedure adottate	annuale	Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
	Riduzione della percentuale delle prestazioni accettate rispetto a quelle prenotate.	annuale	Dirigenti responsabili	Rapporto fra le prestazioni prenotate e quelle accettate
	Informatizzazione delle liste di attesa a livello distrettuale consultabili dal cittadino che ne fa richiesta.	31 dicembre 2018	Dirigenti responsabili	Numero delle liste di attesa predisposte
	Definizione delle modalità per fornire al cittadino informazioni sullo stato di avanzamento della propria domanda	31 dicembre 2019	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta
<b>Enti/Aziende Controllate e/o Partecipate</b>				
<b>Strutture Controllate e Partecipate</b>	La società controllata Umbria Salute scarl ha adottato il Modello di organizzazione, gestione e controllo a norma del D.Lgs.n. 231/2001 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica". Il documento assieme al Codice etico della società è stato pubblicato sul proprio sito web, ha successivamente nominato i Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (incarichi attualmente ricoperti da una unica persona) e adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. Con delibera del DG n. 1421 del 26/10/2017 è stato preso atto e approvato lo schema di convenzione per " controllo analogo congiunto su Umbria digitale scarl e schemi patti parasociali tra i soci di Umbria digitale scarl, Regione e Aziende Sanitarie , per l'esercizio di controllo analogo", finalizzato al rispetto di cui alla delibera ANAC del 20/09/2017 Allo stesso modo la società partecipata Prosperius Tiberino ha adeguato il proprio sito, implementando l'apposita sezione: "Società trasparente".			

	Verifica formale semestrale dell'assolvimento degli obblighi di Trasparenza posti in carico alle società controllate/partecipate (D.Lgs 33/2013 e e Dlgs.vo 175/2016)	31 maggio e 30 novembre	U.O. Patrimonio	Verifica tramite ceck list predisposta
			Responsabile Trasparenza	Verbale delle non conformità riscontrate
	Verifica formale semestrale dell'assolvimento degli obblighi di Prevenzione della Corruzione posti in carico alle società controllate/partecipate (Legge 190/12, D.Lgs 33/2013 e Dlgs.vo 175/2016 )	31 maggio e 30 novembre	RPC	Verbale di verifica e non conformità riscontrate

<b>Strutture convenzionate</b>	
<b>Case di cura accordi contrattuali</b>	<p>La nostra Azienda, anche per l'anno 2017 ha fatto ricorso alla stipula di accordi contrattuali con Struttura Sanitarie accreditate, esclusivamente al fine di potenziare i programmi di attività relativi alle specialità non presenti in Azienda o, se presenti, che abbiano evidenziato una insufficienza rispetto alla domanda. Si è perseguito comunque l'obiettivo di potenziare l'attività svolta nelle strutture aziendali e mantenere il ricorso alle strutture esterne nelle aree specialistiche ove è maggiore la mobilità sanitaria passiva.</p> <p>Sono effettuati controlli routinari sui dati per verificare la correttezza formale anche sulla base del disciplinare sulla mobilità sanitaria, sono richiesti chiarimenti in merito ad eventuali anomalie. Le fasi del processo sono attuate secondo quanto previsto dalla Normativa Nazionale e Regionale vigente in materia. Vengono applicati il "Disciplinare Tecnico per l'invio dei dati di attività dei flussi di mobilità alla Regione" e le "Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale" (Allegato 1. "Linee guida per la definizione degli accordi contrattuali" e Allegato 2. "Linee guida per i controlli dei ricoveri ospedalieri"). Tali norme sono oggetto di revisione annuale. Per le attività di verifica sui flussi, la UO ProCSI utilizza un sistema di controlli informatizzato. Ulteriori controlli sono effettuati attraverso il Portale Regionale "Gestione Flussi", che serve anche per la trasmissione dei dati. Le Strutture convenzionate sono oggetto dei controlli da parte del Nucleo ispettivo aziendale e dal Nucleo di controllo esterno regionali. Nel corso del 2017 è stata svolta l'attività di controllo tecnico-sanitario sui flussi informativi finalizzati alla compensazione dell'attività di ricovero erogata dalle Case di Cura Private. Sono stati effettuati mensilmente, con uno specifico sistema informatizzato, tutti i controlli previsti dal "Disciplinare Regionale per la compensazione della Mobilità Sanitaria Intra-regionale". L'esecuzione delle procedure di controllo, effettuate su tutti i ricoveri addebitati, ha generato delle anomalie che sono state inviate formalmente, con lettera protocollata, alla Casa di Cura Privata interessata per le correzioni del caso. Le anomalie che più di frequente sono emerse da tali controlli, sono state:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Anomalie relative ai dati anagrafici;</li> <li>_ Anomalie di attribuzione del DRG;</li> <li>_ Anomalie di tariffazione.</li> </ul> <p>Le controdeduzioni fornite dalle Case di Cura sono state attentamente valutate e i dati, una volta effettuate le modifiche, sono stati sottoposti nuovamente alle procedure di controllo prima di validarli definitivamente. Dopo la convalida degli importi mensili, i dati definitivi sono stati trasmessi formalmente alla U.O. R.U. Trattamento Economico Dipendente – Gestione personale convenzionato e Strutture Convenzionate per i successivi provvedimenti relativi alla gestione degli aspetti contabili. Per quanto riguarda i controlli in termini di appropriatezza e qualità delle prestazioni di ricovero erogate, sono monitorate le potenziali inapproprietezze, come definite nell'allegato 2 della DGR. 857 del 24/07/2017. Per l'anno 2017, i controlli sull'appropriatezza e qualità delle prestazioni di ricovero saranno effettuati dopo la conclusione degli addebiti annuali, come previsto dai vigenti accordi contrattuali. Nel corso del 2017, per la gestione della mobilità sanitaria sono state applicate le seguenti procedure:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DDG 1033 del 21/09/2016 procedura PGA12/16 "Gestione della compensazione della mobilità sanitaria passiva intraregionale"</li> <li>- DDG 1519 del 28/12/2016 procedura PGA18/16 "Gestione della compensazione della mobilità sanitaria attiva intraregionale ed extraregionale"</li> </ul>

	Controlli per la verifica del rispetto e del permanere dei criteri di accreditamento	1 gennaio - 31 dicembre	Coordinatore Nucleo Ispettivo (Responsabile ISP) e Responsabile PROCSI	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
<b>Specialistica ambulatoriale</b>	Controllo formale sulle richieste dei MMG e verifica tra le prestazioni rese ed il fatturato della specialistica			
<b>Attività Medici Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)</b>	Aggiornamento della procedura esistente a seguito della ricetta dematerializzata con verifica dei criteri di validazione delle prestazioni e di soddisfazione dell'utente ed inserimento clausole a tutela del cittadino utente.	31/12/2018	Responsabili servizi interessati	Predisposizione procedura
	Controllo del rispetto dei criteri definiti del rispetto e del permanere dei criteri di autorizzazione/accreditamento	31/12/2018	Responsabili servizi interessati	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
	Sensibilizzazione ad aderire a protocolli informatici per l'aggiornamento dell'anagrafe sanitaria (cancellazione deceduti e immigrati per recupero quote)	31/12/2018	Responsabili servizi interessati	Verifica disponibilità tabulati
	E' stata definita la procedura per il controllo a campione dei riepiloghi prestazioni di particolare impegno professionali (PIIP) dei MMG e PLS ed effettuati i relativi controlli			
<b>Individuazione degli utenti aventi diritto ed assegnazione di beni (ausili e protesi ad es.) e servizi (ADI, trasporti sanitari)</b>				
Cure palliative e alla terapia del dolore	Gli accessi alle cure palliative e alla terapia del dolore sono disciplinati dalle Delibere del Direttore generale: n° 1027/2013 "Cure palliative e terapia del dolore", n° 334/2015 "Cure domiciliari" e n° 390/2015 valutazione e trattamento del dolore. Utilizzo degli indicatori del Sistema Atlante con caricamento del 100% dei casi trattati per la verifica del rispetto dei criteri definiti	annuale	Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate

Assegnazione degli ausili ed effettuare i relativi controlli	Sono stati uniformati l'organizzazione e i protocolli, implementando i dispositivi regolamentari per l'assegnazione degli ausili ed effettuare i relativi controlli con le Delibere del Direttore generale: n° 450/2015 "Istituzione del nuovo Centro Ausili Aziendale e direttive vincolanti per le procedure di erogazione dell'assistenza protesica", n° 157/2015 "Procedura operativa concordata tra le Unità Sanitarie Locali dell'Umbria per l'attuazione della DGR 1679 del 16.12.2012 riferita ai dispositivi protesici destinati a sordi e ciechi", sono state predisposte liste di attesa trasparenti per le richieste di protesi acustiche a livello distrettuale. I collaudi vengono regolarmente effettuati per gli ausili e dispositivi di cui all'Elenco n. 1 e per gli ausili e dispositivi degli Elenchi 2 e 3 non a gara con le modalità previste dal DM 332 e dagli atti regionali di riferimento sono effettuati i controlli sul 10% della fornitura di ausili garantiti (elenco 2 e 3), come disposto dalla DDG 450/2015. Sono state definite le modalità operative per assicurare la corretta informazione all'utenza in ordine all'elenco dei fornitori autorizzati con atto regionale (modifica modulistica nota Direttore sanitario prot. n. 80912 del 2/9/2015). Sono già state definite e realizzate procedure e modalità di attivazione della CNS in ogni sede distrettuale			
	Aggiornamento modello Autorizzativo secondo il nuovo programma informatico alle più recenti delibere regionali (DGR 332 e 527/2015) con informazioni a fornitori e assistiti	31 dicembre 2018	Dirigenti responsabili	N° dei modelli predisposti
<b>Concessione benefici economici</b>				
Concessione benefici economici: PRINA, SLA	Sono stati applicati i criteri definiti negli atti nazionali e regionali			
Concessione benefici economici: Invalidità civile, L.104, L. 68, ciechi e sordomuti, soggetti sottoposti a trapianto L.31/99	E' stata realizzata la piena condivisione dei processi accertativi nella Azienda con l'INPS titolare del provvedimento finale Condivisione delle procedure aziendali			
	Rotazione annuale di almeno un componente delle Commissioni di accertamento	annuale	Responsabile U.O. Medicina legale	Rapporto fra le commissioni con membro ruotato/n° commissioni E' in corso l'adozione del nuovo regolamento aziendale e relativa procedura, ai sensi della legge regionale 11/2015
<b>Concessione benefici non economici</b>				
Commissioni patenti, porto d'armi, contrassegno parcheggio, cessione del quinto dello stipendio Rischio: medio	E' stata informatizzata l'attività di prenotazione delle visite per il rilascio delle certificazioni medico-legali con l'inserimento a CUP. Sono state pubblicate nel sito intranet le modalità operative riguardanti le attività medico legali di primo livello (procedure da osservare per il rilascio di certificati medico-legali)			

<b>Libera professione</b>				
Libera professione Rischio: alto	<p>E' stato ridefinito il regolamento aziendale sulla base di quello regionale, le prenotazioni e i pagamenti avvengono tramite CUP, i professionisti che svolgono l'intramoenia allargata sono stati dotati di POS, in alternativa non possono accettare contanti ma solo assegni. . L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema della gestione delle liste di attesa ed alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni è un'area di rischio di evidenti possibili comportamenti opportunistici.</p> <p>Previo negoziazione, da parte della Direzione Aziendale, dei volumi di attività in Alpi in relazione agli obiettivi aziendali ed alla individuazione degli spazi a tal fine utilizzabili, l'Azienda ha adottato, con atto n. 740/2014, il Regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, (in applicazione delle linee guida emanate a tale titolo dalla Regione Umbria con DGR n. 402/2014) che ne ha capillarizzato tutte le fasi, dalla autorizzazione alla fatturazione e disciplinato le modalità di vigilanza e controllo.</p> <p>Nello specifico gli uffici preposti controllano periodicamente e sistematicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ che il professionista in LP effettui l'attività secondo le modalità di cui al regolamento adottato</li> <li>✓ la corrispondenza delle visite effettuate con gli incassi aziendali</li> </ul> <p>Sono stati attivati procedimenti disciplinari a seguito di comportamenti scorretti per le attività di libera professione, come conseguenza degli stessi è stata sospesa l'autorizzazione a svolgerla.</p>			
	Verifica prenotazione attività		Ufficio Libera Professione Responsabili servizi interessati	Rapporto visite prenotate/visite accettate
	Definizione dei criteri per il controllo del rispetto dei requisiti igienico sanitari delle strutture utilizzate, assenza di conflitto di interesse fra il professionista ed il gestore dello studio, rispetto degli orari autorizzati, verifica dei tempi di attesa dell'attività istituzionale e modalità di comunicazione all'ufficio libera professione dell'eventuale superamento	31 dicembre 2018	Ufficio Libera Professione	Procedura definita
	Verifica dei criteri sopra definiti. In sede di autorizzazione e/o campione	annuale	Ufficio Libera Professione Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
<b>Gestione sperimentazioni cliniche</b>				
Gestione sperimentazioni cliniche	E' stato revisionato il regolamento aziendale per sperimentazioni cliniche			

	<p><i>Autorizzazione visione dispositivi medici.</i>                  Esistono procedure aziendali consolidate nonché una precisa modulistica che impone la firma di più soggetti , non da ultimo, in alcuni casi, quella del Direttore Sanitario dell'Azienda. La rigidità, con la quale tale sistema è stato costruito, è stata dettata dalla consapevolezza che fenomeni, quali ad esempio il comparaggio, avrebbero potuto annidarsi nella filiera.                  Ciononostante, la continua evoluzione dei dispositivi e l'innovazione costante dei prodotti farmacologici, pur nel rispetto della deontologia medica e sempre nell'ambito dell'appropriatezza, meritano, se non altro , particolare attenzione.</p>			
	Verifica corretta applicazione del regolamento aziendale	annuale	Responsabile U.O. Formazione del personale e Sviluppo Risorse	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
	Verifica autorizzazione visione dispositivi medici	annuale	Responsabili macrostrutture	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
<b>Gestione finanziamenti pubblici e privati</b>				
Gestione finanziamenti pubblici e privati, (donazioni e finanziamenti pubblici vincolati) Rischio medio in funzione degli importi e della tipologia della donazione	E' stato predisposto apposito regolamento che definisce i criteri per l'accettazione delle donazioni che non devono generare ulteriori costi aggiuntivi o acquisizione vincolate. E' prevista l'adozione dei progetti finanziati con atto deliberativo che definisce i tempi di attuazione			
	Integrazione regolamento aziendale per disciplinare l'accettazione delle donazioni in denaro	31/12/2018	Responsabile UO Patrimonio e UO Contabilità Economico Finanziaria	Regolamento predisposto
<b>Acquisizione di prestazioni e servizi sanitari e non presso terzi</b>				
Trasporti sanitari Rischio: alto	<p><i>Autorizzazione trasporti Sanitari.</i> Per tale fattispecie, il GdL ha ipotizzato un innalzamento del possibile rischio corruttivo, sia per il potenziale economico connesso che per la discrezionalità attribuita agli operatori , in presenza ancora di due realtà , quella relativa alla ex Asl n. 1 e Usl n.2 , con diverse modalità operative di gestione non ancora omogeneizzate, e per le quali tutt'ora vengono applicati due diversi modelli disciplinari.                  Si da atto dell'esistenza, nella zona Sud, della Centrale Operativa trasporti, cui è affidata la gestione complessiva degli stessi con punti specifici di controllo effettuati da diversi interlocutori nelle varie fasi del processo a garanzia della riduzione dei rischi. Per la zona nord, nelle more dell'affidamento dei nuovi contratti, si da atto che vengono opportunamente effettuati tutti i controlli previsti dagli atti amministrativi vigenti. Entrambi i modelli operativi applicati con l'effettuazione dei relativi controlli al momento non hanno evidenziato alcuna "non conformità"</p>			
	E' in corso di aggiudicazione la gara per i trasporti sanitari in emergenza (118) e trasferimenti dagli Ospedali. E' prevista l'assegnazione alle associazioni non profit dei trasporti sanitari dal territorio anche per la zona nord			

<b>Rilascio Autorizzazioni</b>				
Rilascio Autorizzazioni Rischio: medio	Le autorizzazioni sono rilasciate sulla base di protocolli definiti ed in alcuni casi check list, l'autorizzazione è rilasciata dal Dirigente del Servizio previo esame pratica e sopralluogo da parte dei Tecnici. Nel Dipartimento di Prevenzione è stata prevista la costituzione all'interno di ogni Servizio di un gruppo controllo per la verifica delle attività a campione.			
	Raccolta dichiarazione aggiornata di mancanza di conflitto di interesse e raccolta delle stesse	annuali	Responsabili dei servizi	Rapporto n° dichiarazioni / n° operatori
	Aggiornamento dei protocolli e definizione per le principali attività di check list di controllo	31 dicembre 2018	Responsabili dei servizi	Numero protocolli aggiornati e check list predisposte
<b>Attività di controllo e vigilanza</b>				
Attività di controllo e vigilanza Rischio: medio	La vigilanza è svolta sulla base del programma dato dal Responsabile del servizio sulla base di protocolli definiti ed in alcuni casi check, Nel Dipartimento di Prevenzione è stata prevista la costituzione all'interno di ogni Servizio di un gruppo controllo per la verifica delle attività a campione.			
	Raccolta dichiarazione aggiornata di mancanza di conflitto di interesse e raccolta delle stesse	30 giugno 2017	Responsabili dei servizi	Rapporto n° dichiarazioni / n° operatori
	Aggiornamento dei protocolli e definizione per le principali attività di check list di controllo	31 dicembre 2018	Responsabili dei servizi	Numero protocolli aggiornati e check list predisposte
Distretti Attività di controllo e vigilanza Rischio: medio	Controlli da parte dei distretti su tutti gli aspetti della strutturazione sul territorio e dell'erogazione dell'assistenza medico generica.	1 gennaio – 31 dicembre	Responsabili dei Distretti	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate

<b>Spesa farmaceutica</b>				
Spesa farmaceutica Ospedaliera e Territoriale Rischio: alto	<p>In funzione di un miglioramento della appropriatezza prescrittiva è stata effettuata una revisione degli elenchi di farmaci antibiotici e non; tale revisione è stata fatta alla luce di nuovi farmaci entrati in commercio, in base alla ristrettezza terapeutica di alcune molecole, in base all'elevato costo di alcuni farmaci. Tali elenchi obbligano i Medici prescrittori a compilare una modulistica che permette al Servizio di Farmacia di controllare che scelta, dosaggio, frequenza, tempi siano coerenti con la condizione patologica, per autorizzare l'acquisto del farmaco più economico a parità di efficacia rispetto alla patologia riscontrata. A livello distrettuale sono state costituite le commissioni per l'appropriatezza prescrittiva, (Nota della Direzione Sanitaria prot. n. 89227 del 28/9/2015 relativa alla composizione delle Commissioni Distrettuali). <i>Autorizzazione uso farmaci e dispositivi fuori gara e fuori indicazione</i> . Esistono procedure aziendali consolidate nonché una precisa modulistica che impone la firma di più soggetti , non da ultimo, in alcuni casi, quella del Direttore Sanitario dell'Azienda. La rigidità, con la quale tale sistema è stato costruito, è stata dettata dalla consapevolezza che fenomeni, quali ad esempio il comparaggio, avrebbero potuto annidarsi nella filiera. Non si segnalano "non conformità".</p>			
	Completare la prevista centralizzazione dei magazzini	In attesa della gara regionale		
	Verifica a campione delle scorte a reparto/magazzino	Annuale	Responsabili Servizi farmaceutici	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate
<b>Incasso prestazioni sanitarie e non sanitarie</b>				
Incasso prestazioni sanitarie e non sanitarie Rischio: alto	<p>Sono stati adottati i regolamenti per il funzionamento del CUP,( in ogni sede è prevista la possibilità di pagare anche con bancomat e carta di credito), per il recupero crediti e del ciclo attivo. Il bollettino per il pagamento viene inviato a seguito del documento contabile; è attivo servizio regionale di recalling che consente la messa a regime per l'applicazione del comma 15 art. 3 Decreto Legislativo 124/ 1998. Negli ambulatori deve essere effettuato il controllo preventivo dell'avvenuto pagamento della prestazione. <i>Recupero ticket per - codice bianco Pronto Soccorso ed - Altre Prestazioni</i> .Premesso che l'implementazione informatica degli strumenti attualmente in uso è l'auspicabile sviluppo cui l'Azienda tende per evitare i possibili rischi corruttivi legati a tali fattispecie, per il recupero dei ticket "codice bianco" di Pronto Soccorso (ex Legge 296/2006) sono attualmente applicate delle procedure consolidate che regolano il percorso dai Pronto Soccorso alle Unità Operative Amministrative deputate alla spedizione degli inviti al pagamento e alla ricostruzione degli incassi. Quanto sopra è la necessaria evoluzione per evitare fenomeni "mal funzionamento" verificatisi in particolare negli anni 2010/2012 . Più impegnativo riguarda il recupero del costo per le altre prestazioni. Al fine di migliorare, la collaborazione tra la Direzione Amministrativa e le Direzioni Sanitarie di Presidio, per lo sviluppo delle procedure di controllo in ordine al rapporto tra esami clinico-chimici e ricoveri ospedalieri, con atto n. 1443 del 28/12/2015 è stata approvata una specifica linea guida, che ha standardizzato le diverse fasi del processo, per assicurare l'inequivocabile corrispondenza tra esame ed introito ove non correlato da ricovero. In base a tale linea guida le Direzioni Sanitarie, con cadenza periodica, riscontrano la corrispondenza degli esami di laboratorio prodotti in favore di singole Unità Operative ospedaliere</p>			

	Verifica corrispondenza fra erogato ed incassato.	Annuale	Responsabili dei servizi	Numero non conformità riscontrate
<b>Utilizzo spazi nelle strutture</b>				
Utilizzo spazi nelle strutture Rischio: medio-basso	E' stato predisposto il regolamento aziendale, gli spazi sono concessi dai Responsabili delle Strutture previo domanda al Direttore generale			
	Verifica dell'applicazione del regolamento	Annuale	Responsabili Strutture	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate
<b>Rapporti con soggetti esterni</b>				
Rapporti con soggetti esterni (assistenza privata e gestione camera mortuaria,, etc.). Rischio: alto	Sono stati predisposti i regolamenti sull'assistenza sanitaria, gestione camere mortuarie, uso degli auditorium e sala riunioni.			
	<i>Utilizzo Camera mortuaria - Certificazione decessi ospedalieri.</i> E' stato predisposto il relativo regolamento aziendale per le strutture ospedaliere, è in fase di definizione quello per le territoriali. Tale attività, vedi anche determinazione ANAC n. 12/2015, viene ricompresa sotto "l'alveo delle aree di rischio specifiche" proprie di una struttura sanitaria, verso cui orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione in quanto particolarmente esposta al rischio corruzione. La gestione delle strutture mortuarie, insistenti nella nostra Azienda, è affidata alle rispettive strutture ospedaliere ad eccezione di alcune RSA e dello Hospice che sono riconducibili al territorio . Nelle more della completa applicazione dei previsti regolamenti , che ha tenuto conto tenere conto della normativa in continua evoluzione, è stato e viene assicurato, comunque, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione la più appropriata modalità di gestione. Nello specifico, le rispettive Direzioni Sanitarie vigilano affinché gli operatori, di reparto e/o preposti alla gestione operativa delle camere mortuarie, non intrattengano alcun contatto con agenzie di onoranze funebri al fine di ottenere "utili" dal possibile orientamento in loro favore di parenti dei deceduti.			
	Verifica dell'applicazione dei regolamenti	Annuale	Responsabili Strutture	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate
<b>Affari legali e del Contenzioso</b>				
Affari legali e del Contenzioso	In Azienda è stata costituita l'Avvocatura interna e "Affari Legali e del Contenzioso" che patrocinia direttamente gran parte del contenzioso, eccezion fatta per il contenzioso collegato a malpractice sanitaria che afferisce all'Unità Operativa "Affari Generali, Istituzionali e Gestione legale dei sinistri". Gli incarichi agli avvocati esterni vengono conferiti secondo i criteri stabiliti nel regolamento approvato con DDG n. 648/2016 "Regolamento per l'attività legale e la tutela in giudizio dell'Azienda".			
	Monitorare l'affiamento degli incarichi esterni nel rispetto del regolamento aziendale	Annuale	Responsabile IPAS Affari legali e del Contenzioso	Verifica semestrale

	Atti di rilevanza penale, comunicazione immediata al Dirigente/Responsabile del collaboratore coinvolto o direttamente all'UPD	Annuale	Responsabile IPAS Affari legali e del Contenzioso	Verifica tempi di trasmissione
--	--	---------	---	--------------------------------

## 10. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI TRASPARENZA

### a) Accesso

In data 23/6/2016 è entrato in vigore il D.Lvo 25.05.2016 n. 97, avente ad oggetto *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 6.11.2012, n.190 e del D.Lvo 14.03.2013, n.33, ai sensi dell’art. 7 della L. 7.8. 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*.

Tale nuovo decreto ha introdotto un nuovo strumento, sul modello FOIA (*Freedom of Information Act*), detto *“diritto di accesso universale”*, finalizzato a garantire la libertà di informazione di ciascun cittadino su tutti gli atti, i documenti e le attività delle pubbliche amministrazioni, senza che occorra la dimostrazione di un interesse attuale e concreto per richiederne la conoscibilità.

Nel modello introdotto dal D.Lgs. 97/2016, il diritto alla conoscibilità generalizzata é divenuto la regola per tutti gli atti e i documenti della pubblica amministrazione, indipendentemente dal fatto che gli stessi siano oggetto di un obbligo di pubblicazione in *“Amministrazione trasparente”*, ad eccezione di quanto espressamente previsto dalla legge.

La norma di riferimento rimane l’ art.5 del D.Lgs. 33/2013 (come sostituito dal D.Lgs. 97/2016), che al comma 1 stabilisce che *“L’obbligo in capo alle Pubbliche Amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi nei casi in cui sia stata omessa la pubblicazione”* e al comma 2 che *“chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto”*.

Successivamente, l’Autorità Nazionale Anticorruzione, con Delibera n. 1309 del 28/12/2016, ed il Ministro per la semplificazione e la pubblica Amministrazione, con Circolare n. 2 del 6/6/2017, hanno emanato Linee guida e di attuazione delle norme sull’Accesso Civico.

Per effetto delle modifiche introdotte dal citato D.Lgs 97/2016, nel nostro ordinamento sono venute quindi a coesistere tre diverse modalità di esercizio del diritto d’accesso, ovvero:

- L’accesso documentale, ai sensi dell’art. 22 della legge 241/90, qualificato quale diritto degli interessati di prendere visione e di estrarre copia dei documenti amministrativi, previa adeguata motivazione e dimostrazione di avere *“un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento per il quale è chiesto l’accesso”*, riconosciuto nel rispetto delle posizioni dei controinteressati e con i limiti e le esclusioni di cui all’articolo 24 della stessa Legge;
- L’accesso civico cosiddetto *“semplice”*, previsto dall’art.5, comma 1, del D.Lgs n.33/2013, che rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria quale rimedio amministrativo alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge;
- L’accesso civico, così detto *“generalizzato”*, introdotto dal comma 2 dell’art. 5 del D.Lgs 33/2013, come modificato dal D.Lgs 97/2016, qualificato quale diritto di chiunque ad *“accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione”*, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall’articolo 5 bis.

Questa USL, tenuto conto della rilevante innovazione e connessa complessità della disciplina dell'accesso generalizzato che si aggiunge alle altre tipologie di accesso, ha ritenuto necessario effettuare una ricognizione dell'intera materia dell'accesso; partendo pertanto dal regolamento già esistente che prendeva in esame il solo diritto d'accesso di cui alla legge 241/90, adottato con Delibera n. 1368 del 17/12/2015, ha approvato con delibera n. 1303 del 9.10.2017, un nuovo ed unico Regolamento concernente i tre tipi di accesso previsti dalla legge.

Tale regolamento, unitamente alla relativa modulistica, è stato pubblicato nel sito istituzionale della USL Umbria 1 alla Sezione "*Amministrazione Trasparente*", sottosezione "*Altri Contenuti*", alla voce "*Accesso Civico e documentale*".

Di ciò è stata data comunicazione a tutte le Strutture aziendali.

In adempimento di quanto previsto dalla vigente normativa il Responsabile della Trasparenza effettua un costante monitoraggio delle richieste di accesso pervenute, prestando la propria attività di consulenza giuridica ai Servizi coinvolti.

Il Responsabile della Trasparenza, nell'ambito dell'attività di monitoraggio, predispone il registro degli accessi, in ottemperanza alla Circolare N. 2/2017 del Ministro per la semplificazione e alla Pubblica amministrazione, che verrà pubblicato nel sito aziendale – Sezione trasparenza- accesso civico e documentale.

E' in fase di valutazione l'implementazione del sistema di Protocollo informatizzato con il *registro degli accessi*.

Monitoraggio delle richieste di accesso civico semplice e accesso civico generalizzato avanzate dai cittadini e supporto giuridico ai Servizi competenti del riscontro.

Nel corso dell'anno 2017 sono pervenute solo n. 5 richieste di accesso generalizzato e nessuna di accesso civico semplice. I tempi di risposta sono stati ampiamente rispettati.

Al momento non si rilevano criticità né disfunzioni da parte dei servizi coinvolti nell'applicazione della normativa e relative disposizioni collegate.

b) obblighi di pubblicazione.

E' stato completato l'addestramento del personale individuato dai Dirigenti dei Servizi per la pubblicazione in autonomia e fornito un costante supporto sia giuridico sia tecnico al personale ed ai Dirigenti

E' stato effettuato un costante monitoraggio sulle pubblicazioni obbligatorie da parte dei Servizi competenti ed una costante verifica secondo la check-list rispondente al modello dell'allegato 1) al PTPCT 2017/2019.

Sono state svolte le verifiche sulle pubblicazioni dei dati ad opera delle Società partecipate sui relativi siti.

Le verifiche sono state effettuate nei confronti di "*Istituto Prosperius Tiberino*" e nei confronti di "*Umbria Salute SCARL*". Per quanto riguarda le verifiche nei confronti della Società "*Umbria Digitale Scarl*", è stato richiesto ai competenti uffici della Regione Umbria di effettuare i controlli in sostituzione della USL, in ottemperanza a quanto previsto dal modello di relazione annuale ANAC al punto 3.B.3: "*Attività di vigilanza nei confronti di enti*

*e società partecipate e/o controllate con riferimento all'adozione e attuazione del PTPC o di adeguamento del modello di cui all'art. 6 del D.Lgs. 231/2001" .Ciò, in considerazione della detenzione da parte della Regione dell'Umbria di oltre il 76,92% del capitale e, di conseguenza, della necessità di svolgere di fatto l'effettivo controllo.*

**E' stata attuata l'informatizzazione dei flussi per l'alimentazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" in ordine a quanto previsto dall'art. 37 del D.Lgvo 33/2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti contratti pubblici di lavori, servizi e forniture".**