



USLUmbria**1**

www.uslumbria1.gov.it



Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020 – 2022

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
 - 5.2.1 Obiettivi Aziendali
 - 5.2.2. I sistemi di Programmazione e controllo
 - 5.2.3. Coinvolgimento Soggetti esterni all'Azienda
 - 5.2.4. Contributi alla costruzione del Piano
 - 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 di sicurezza associate
 - 7.5 Indicatori
 - 7.6 Attività di monitoraggio e valutazione
 - 7.7 Valutazione del rischio
8. Azioni di monitoraggio e controllo sull'attuazione delle misure previste dal piano
 - 8.1 Attività di carattere generale
9. Considerazioni su Misure trasversali e/o esclusive

10 Comunicazione e diffusione del Piano

11. Adempimenti in materia di Trasparenza
12. Allegato 1) – Valutazione del rischio delle attività specifiche comunicate dalle Unità Operative Aziendali
- 13 Allegato 2) – Mappa Organizzativa
14. Allegato 3) – Amministrazione Trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e dei Responsabili della individuazione/elaborazione/pubblicazione dei dati
15. Allegato 4) – Relazione annuale 2019

1. PREMESSA

Il presente documento, costituisce l'aggiornamento del Piano Triennale aziendale, della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (adottato con la DDG n°1097 del 24/12/2013, i successivi aggiornamenti sono stati assunti con le Delibere: per il PTCP-PTTI 2015-17: n°95 del 02/02/2015, per il PTCP-PTTI 2016-18: n°122 del 03/02/2016, PTCP-PTTI 2017-19: n° 100 del 31/01/2017 e PTCPT 2018-20: n°117 del 26/01/2018, e n° 126 del 30/01/2019)

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 analizzarne compiutamente le criticità.

Il presente Piano, pur tenendo in debita considerazione il PNA 2019/2021, non risponde a tutto il cambiamento metodologico che questo propone, rimandando al prossimo aggiornamento il completo accoglimento delle proposte innovative.

1.1 Acronimi e definizioni

ALPI	Attività Libero Professionale Intramuraria
ANAc	Autorità Nazionale Anticorruzione
AgeNaS	Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AUSA	Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti
AUSL 1 o Azienda	Azienda USL Umbria n.1
AVCP	Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici
CDC	Codice di Comportamento
DDG	Delibera del Direttore Generale
DFP	Dipartimento per la Funzione Pubblica
NVA	Nucleo di Valutazione Aziendale
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
OOSS	Organizzazioni Sindacali
PAF	Piano Aziendale Formativo
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PTPCT	Piano Triennale Aziendale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
RASA	Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
RDP	Responsabile della Protezione dei Dati, traduzione italiana del DPO (Data Protection Officer) : figura introdotta dal Regolamento UE sulla protezione dei dati 2016/679.
RGDP	Regolamento Generale Protezione Dati - UE 2016/679
RPC	Responsabile Aziendale Prevenzione della Corruzione
RT	Responsabile per la trasparenza
RUP	Responsabile Unico del Procedimento
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UOS	Unità Operativa Semplice
UPD	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 PPNNAA, 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 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 2019 che per quelli 2020, 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. Nel 2020 , per rendere più incisivo questo concetto è stato individuato per ogni macrostruttura / struttura un indicatore specifico per la verifica della corretta applicazione del Piano, focalizzando l'attenzione sul conflitto di interessi.

Di seguito sono riportati gli obiettivi e gli indicatori proposti

OBIETTIVI ED INDICATORI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	
Presidi - Dipartimenti Ospedalieri e loro UO	
Ottemperare a quanto previsto dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	A) Monitoraggio e controllo su autorizzazione attività occasionale area dirigenza
	B) Monitoraggio e controllo attività di aggiornamento area dirigenza
Dipartimento di Prevenzione	
Ottemperare a quanto previsto dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione	C) Monitoraggio e controllo su autorizzazione attività occasionale del personale

e Trasparenza	D) Monitoraggio su rotazione personale ispettivo e/o misure alternative assunte
DISTRETTI- DSM e loro UO	
Ottemperare a quanto previsto dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	E) Monitoraggio e controllo su autorizzazione attività occasionale area dirigenza
	F) Monitoraggio inserimenti in strutture come da procedure adottate

Sono parte integrante e sostanziale del PTPCT: il Codice di Comportamento Aziendale e di tutti i documenti che disciplinano il rapporto fra i collaboratori a qualsiasi titolo e l'Azienda USL Umbria 1.

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.

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 potrebbe evidenziare il carattere sommerso del fenomeno, ed i notevoli effetti che il fenomeno corruttivo possa produrre 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.

Si ribadisce altresì che, tutti i regolamenti adottati dall'Azienda, pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente, anche se qui, non espressamente richiamati, si intendono complementari al presente Piano aziendale .

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Sono obbligati al rispetto di quanto previsto dal PTPCT, tutti i dipendenti dell'Azienda USL Umbria 1, 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 prot 10589 del 16/01/2020 "Piani triennali della Prevenzione della Corruzione nelle pubbliche Amministrazioni. Analisi del contesto esterno.

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 ai fini dell'aggiornamento del Piano Triennale 2020/2022 per la prevenzione della corruzione, si forniscono i seguenti elementi di conoscenza e valutazione.

Dall'analisi dei risultati delle attività info- investigative svolte dalle Forze di Polizia, si evince che il territorio provinciale si caratterizza, prevalentemente, per la commissione di reati classificabili nel novero della cosiddetta "criminalità diffusa".

Tuttavia, una particolare attenzione viene riservata alla prevenzione ed al contrasto dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nell'economia legale, soprattutto in settori (edilizia, ristorazione, ricettivo - alberghiera), che risultano maggiormente funzionali al riciclaggio e/o al reimpiego di illeciti proventi.

Per quanto concerne più specificatamente l'ambito dei reati contro la Pubblica Amministrazione, negli anni 2018/2019 si è registrato un incremento delle attività di indagine finalizzate al contrasto degli stessi.

Le indagini in parola , come si evince dai dati forniti dal Comando Provinciale della Guardia di Finanza, hanno evidenziato , nel 2019, un incremento delle predette fattispecie criminose e, in

particolare , dei casi di peculato, di frode nelle pubbliche forniture, di abuso d'ufficio e di corruzione.

Con particolare riferimento ai fenomeni corruttivi, è stata registrata una loro maggiore pervasività, che ha prevalentemente interessato l'ambito sanitario.

Nel loro complesso, le attività di polizia giudiziaria svolte dalla Guardia di Finanza hanno portato, nel 2018, all'accertamento, in materia di reati contro la Pubblica Amministrazione, di 11 violazioni ed alla denuncia di 20 persone , mentre , nel 2019 , i reati accertati sono stati di 44 e le persone denunciate 93.

Motivo di riflessione ulteriore , per la valutazione dei contesti esterni, è il discorso pronunciato dal Procuratore Nicola Gratteri "La narrazione della Mafia calabrese" pronunciato nel Dicembre 2019.

<https://www.youtube.com/watch?v=0ZkbHjAY8so>

A tal scopo di invita a visionare il video sopra riportato: la difficoltà di intercettare pressioni esterne, che si manifestano in contesti completamente avulsi alla realtà aziendale, sono in grado di dirottarne le scelte.

Anche le vicende di "Consorsopoli" umbra, di cui dettaglieremo in seguito, per quanto apparso sulla stampa, anche se su situazioni decisamente diverse, hanno avuto origine in contesti esterni alle Aziende Sanitarie regionali, in ambiti molto vari, ma comunque in grado di condizionarne le scelte.

Altri esempi,.....

accordi con le case di cura convenzionate: la mancata sostituzione di un primario , per mancanza di autorizzazione regionale o volontà aziendale, può incidere sul ricorso o meno ad esse;

gare centralizzate: i tempi dilazionati per giungere all'aggiudicazione , costringono a gare ponte ripetute che per la loro complessità potrebbero generare significativi risvolti di carattere occupazionale.

Ora, in una Regione che tende ad impoverirsi, il posto di lavoro rappresenta preziosa merce di scambio, di difficile tracciabilità, in particolar modo quando si ricorre ad aziende che somministrano lavoro interinale.

5.2 Contesto interno

La gestione del rischio corruttivo non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura organizzativa. A tal fine, occorre sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate.

Proprio per tale assunto, l'organo di indirizzo Aziendale ha da sempre assunto un ruolo proattivo nella definizione delle strategie di gestione del rischio corruttivo e contribuito allo

svolgimento di un compito tanto importante quanto delicato, anche attraverso la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole di reale supporto al RPCT.

Ma andiamo con ordinel'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 501.186 abitanti, (dati ISTAT al 01/01/2019) ed una superficie complessiva di 4.298,38 Km², dove insistono 38 Comuni. (Fig 1)

Popolazione residente al 01/01/2019 (Fonte ISTAT)

Fasce d'età	0-14		15-64		65-74		≥ 75		Totale
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Distretto del Perugino	26.170	13,5	121.805	62,8	21.398	11,0	24.581	12,7	193.954
Distretto dell'Assisano	8.318	13,4	39.267	63,2	6.771	10,9	7.802	12,6	62.158
Distretto della Media Valle Tevere	7.252	12,6	35.576	62,0	6.479	11,3	8.094	14,1	57.401
Distretto del Trasimeno	7.405	12,9	35.180	61,3	6.910	12,0	7.940	13,8	57.435
Distretto dell'Alto Tevere	9.823	12,9	47.403	62,2	8.954	11,8	9.996	13,1	76.176
Distretto dell'Alto Chiascio	6.476	12,0	33.216	61,4	6.541	12,1	7.829	14,5	54.062
Totale	65.444	13,06	312.447	62,34	57.053	11,38	66.242	13,22	501.186

*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.

Con Delibera G. R. Umbria n. 350 del 25/3/2019 stante la scadenza del 31/3/2019 dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dell'Umbria, la Regione Umbria ha ritenuto di non procedere alla nomina dei nuovi Direttori Generali, rinviando la decorrenza dei nuovi incarichi al 1/7/2019, e, conseguentemente, ha disposto di nominare i Commissari Straordinari, al fine di garantire nel modo più adeguato le esigenze di continuità gestionale delle medesime Aziende Sanitarie;

Con la Delibera di Giunta sopra citata la Regione ha disposto pertanto la nomina dei Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie, nelle persone degli stessi Direttori Generali, fino al 30/6/2019 in quanto "l'elemento del conseguimento del pareggio del bilancio di esercizio 2018 delle aziende sanitarie Regionali potrebbe incidere sulla scelta dei futuri incarichi".

Richiamato il quadro normativo sopra descritto adottato dalla Regione Umbria nei primi mesi del 2019, non può non essere contestualizzato il quadro fattuale venutosi a creare, nell'immediatezza, a seguito degli interventi della Procura della Repubblica per smantellare "un consolidato sistema clientelare per la spartizione di nomine ed incarichi all'interno del sistema Sanitario", a seguito del quale i vertici istituzionali della Sanità umbra "sono stati indagati per aver sistematicamente influenzato l'esito di concorsi pubblici nell'Ospedale di Perugia e nella Ausl Umbria 1 "

Gli effetti di tale terremoto definito "Concorsopoli Umbro", sono stati quelli dell'azzeramento dei vertici politici coinvolti e il seguente Commissariamento delle Aziende Sanitarie fino ad un massimo di 60 giorno dall'insediamento della nuova Giunta a seguito di elezioni da indire.

Per tale motivo, con Delibera G. R. Umbria n. 828 del 28/6/2019 , stante la scadenza del 30/6/2019, sono stati nominati i Commissari Straordinari della Sanità umbra a decorrere dal 1/7/2019 fino al sessantesimo giorno successivo all'insediamento della nuova Giunta Regionale.

La nuova Giunta infine con propria delibera n. 1316 del 27/12/2019 e del conforme Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 59 del 30/12/2019, la Regione Umbria ha preso atto delle dimissioni del Commissario Straordinario della USL Umbria 1, precedentemente individuato , Dr. Luca Lavazza, a decorrere dal 3/1/2020, ed ha nominato Commissario Straordinario della medesima USL il Dr. Silvio Pasqui, a decorrere dal 3/1/2020 fino al 30/6/2020.

Con DGR 829 del 28/06/2019 la Regione ha provveduto ad assegnare gli obiettivi ai Commissari straordinari delle Aziende Sanitarie regionali, uno dei quali , "l' Aggiornamento del Piano di Comunicazione Aziendale con Focus su trasparenza e anticorruzione", ripreso, forse

non a caso, dal PNA 2019/2021 ancora in fase partecipativa , che , nella parte generale testualmente prevede:

1) Coinvolgimento dell'organo di indirizzo politico-amministrativo.

L'organo di indirizzo politico-amministrativo deve assumere un ruolo pro-attivo nella definizione delle strategie di gestione del rischio corruttivo e contribuire allo svolgimento di un compito tanto importante quanto delicato, anche attraverso la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole che sia di reale supporto al RPCT
Omissis

Il Commissariamento che di fatto ha interessato l'Umbria a far data dal 01/04/2019, che per questa Azienda ha portato al vertice tre diversi Commissari in breve tempo, ha avuto sicuramente ripercussioni sia nel contesto interno che esterno.

- **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.

Il 7 novembre 2018 il Collegio Sindacale della Azienda UsI Umbria 1 ha incontrato il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione. In tale incontro il RPC ha rappresentato sinteticamente il percorso metodologico per la redazione dei Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione , i criteri per la individuazione dei processi ed attività a maggior rischio corruttivo in essi declinate e le modalità di interventi previsti per la mitigazione dei rischi.

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 organismo 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.

Il **Consiglio dei Sanitari** è organismo elettivo dell'Unità Sanitaria Locale con funzioni di consulenza tecnico sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario.

La Legge Regione Umbria n. 11/2015 “Testo unico in materia di Sanità e Servizi Sociali” ed in particolare l’art. 35 stabilisce che “ La Giunta regionale ,definisce con direttiva vincolante e nel rispetto di quanto stabilito dall’art. 3 comma 12 del D. Lgs. 502/92 , la composizione, le modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei Sanitari”.

La Regione Umbria con Deliberazione di Giunta n. 786 del 18/07/2018 ha emanato tale direttiva vincolante assegnando alle Aziende Sanitarie il termine di sei mesi, dalla notifica del documento di Giunta, per l’adeguamento dei rispettivi atti interni disciplinanti la materia.

L’Azienda Usl Umbria 1, in ottemperanza a tale direttiva , ha provveduto a redigere il Regolamento per le elezioni dei componenti elettivi del Consiglio dei Sanitari , approvato con Delibera del Direttore Generale n. 47 del 16 gennaio 2019.

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**

La descrizione completa dell’azienda e della sua organizzazione è consultabile all’indirizzo <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/atti-generalis> (Atto Aziendale); Vedasi anche: Piano delle Performance 2019-2021 e la Mappa Organizzativa (All.2), nella quale a fianco di ciascuna Macrostruttura e/o Incarico funzionale (ancora Posizione Organizzativa) sono descritte le attività espletate.

La Mappa Organizzativa è tratta dal documento di conformità dei trattamenti dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 – GDPR.

5.2.1 Obiettivi aziendali

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.

▪ Programmazione attività

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, 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 **Piano del Fabbisogno di Personale** triennio 2019/2021, sottoposto all'approvazione regionale
- Il **Programma degli acquisti di forniture e servizi** per il biennio 2019/2020, coordinato con il programma annuale e pluriennale delle attività di Umbria Salute (CRAS), con il piano integrato delle iniziative di acquisto nazionale della CONSIP e del tavolo dei Soggetti Aggregatori (DPCM 24.12.2015)
- Il **Piano delle Performance** 2019/2021
- 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 **Piano delle Performance** ed 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 e non,
- 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.

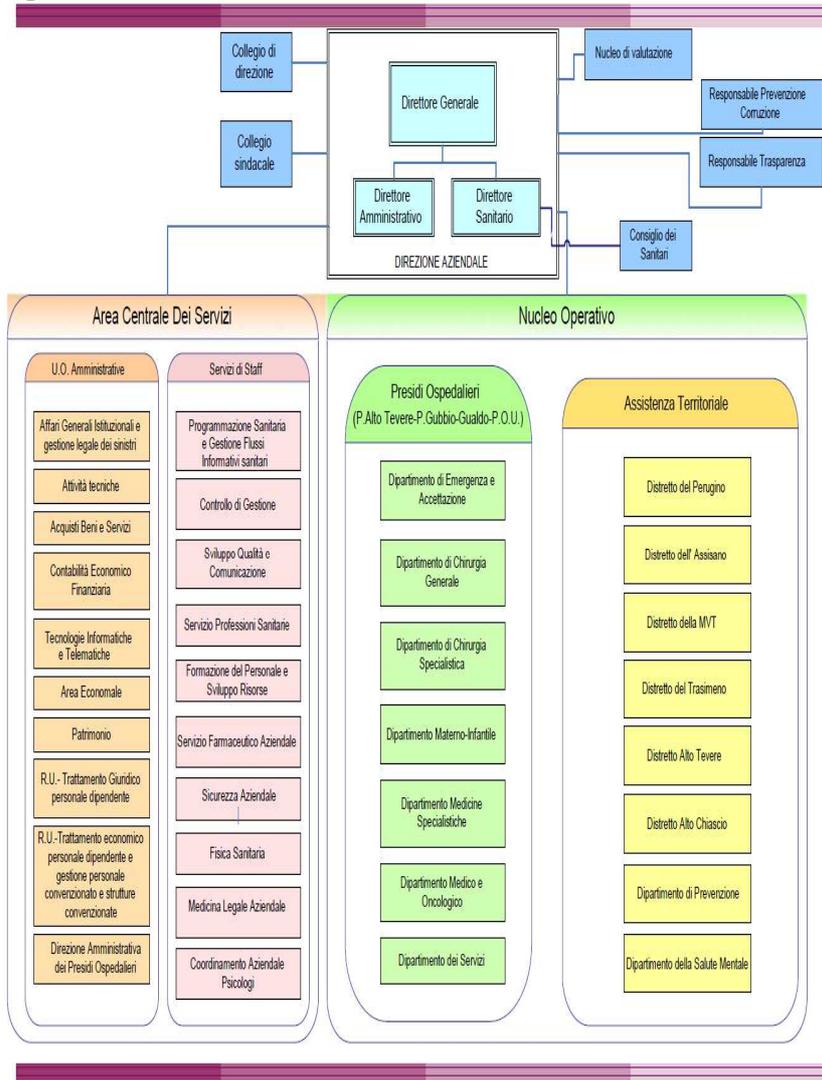
La Direzione Aziendale negozia il Budget di Macrostruttura, mentre i Responsabili di Macrostruttura adottano procedura analoga nei confronti delle strutture organizzative di riferimento per la negoziazione dei Budget di Struttura.

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 aziendali: “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. Svolge attività di vigilanza ed autorizzazione sia sui luoghi di lavoro che di vita, tramite tutte le sue articolazioni.

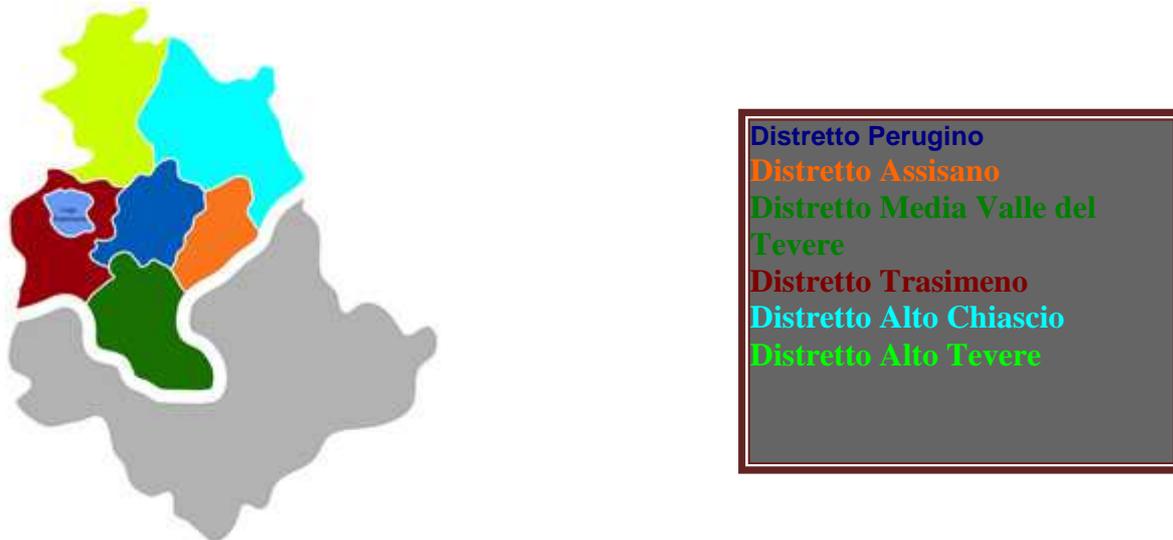


figura 2 Distretti

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** quale insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale

5.2.2. 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 di 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 ostacola 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.

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".

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 Usl Umbria 1 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 (che detta le regole per qualsiasi acquisti di beni e servizi nonché di personale), il Ciclo Attivo (disciplina le varie entrate quali ticket, concessioni, contributi, mobilità etc), 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.

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.

Il gruppo di lavoro regionale ha elaborato un programma operativo del progetto Internal Audit nel quale sono state esplicitate le attività da porre in essere, gli obiettivi da raggiungere e gli output attesi per ciascun semestre/anno di riferimento. In tale programma, approvato con DGRU n. 63 del 22.1.2018, sono stati individuati le seguenti aree oggetto dei primi audit pilota:

- Inventario Rimanenze di reparto;
- Inventario ciclico Attrezzature sanitarie;
- Contabilità analitica – Piano Regionale dei fattori produttivi;
- Acquisto di servizi.

Nell'individuazione delle aree oggetto di audit si è tenuto particolarmente conto delle criticità emerse in sede di revisioni limitate condotte dal Collegio Sindacale nell'ambito delle attività di PAC. La prima annualità del progetto regionale di Internal Audit, svoltasi nel 2018, ha riguardato l'analisi, la verifica e l'assessment dell'area Rimanenze di Reparto (I semestre) e dell'area relativa alla Gestione delle Attrezzature sanitarie (II semestre). Propedeuticamente a tali attività il gruppo di lavoro regionale ha definito e condiviso metodologia da utilizzare e modello di reporting nel quale rendicontare le attività effettuate, le criticità rilevate e pianificare le conseguenti azioni correttive. Gli audit in questione hanno analizzato l'effettiva attuazione delle procedure sottostanti alle aree individuate, approvate in sede di PAC dalle aziende del Servizio Sanitario Regionale, e sono stati finalizzati al perseguimento dei seguenti obiettivi generali:

- Accertamento della corrispondenza tra procedura formale ed effettivo svolgimento delle attività;

- Accertamento della previsione, esistenza ed effettivo funzionamento dei controlli interni sulle diverse fasi delle procedure. Delle procedure è stato verificato pertanto il rispetto e la conformità a norme e regolamenti (compliance auditing), la regolarità amministrativa e contabile dei dati scaturenti dalle stesse (financial auditing), l'efficienza e l'efficacia operativa (operational auditing). Sono state escluse invece le attività legate alla verifica dei sistemi informativi ed informatici (IT auditing) e della prevenzione dei rischi di frode (fraud audit). Le attività di controllo sono state condotte attraverso colloqui, interviste nonché attraverso l'esame delle procedure, dei documenti di lavoro e verifiche in loco di operazioni quali test di controllo. In fase di pianificazione, allo scopo di identificare le principali aree di rischio dell'oggetto di audit e valutarne la significatività, è stata condotta l'analisi dei rischi scaturenti dall'applicazione delle procedure. L'analisi dei rischi è stata effettuata attraverso apposite matrici di risk assessment finalizzate a valutare la probabilità del verificarsi dei rischi (concentrandosi, come sopra precisato, sui rischi di compliance, reporting, amministrativo contabile, operativo e strategico) e la valutazione del loro impatto nelle principali fasi di dette procedure. Alla luce di tali analisi sono stati evidenziati una serie di rischi specifici per ciascuna area oggetto di audit e sono state conseguentemente compilate apposite check list per definire i controlli da effettuare, gli strumenti da utilizzare, il campionamento da applicare. A seguito di tali attività è stato possibile redigere, per ciascuna area oggetto di indagine, il relativo rapporto di audit e pianificare una serie di azioni correttive finalizzate da una parte al miglioramento/integrazione delle procedure aziendali e, dall'altro, a superare le criticità emerse.

Nel corso del 2019 è stato effettuato l'audit della UOC Area Economale nel quale sono state evidenziate alcune criticità, forniti alcuni suggerimenti ed individuate le azioni correttive.

Parimenti già opera da alcuni anni il Nucleo Ispettivo Aziendale, che ai fini della Prevenzione della Corruzione, ha fra i suoi compiti, tra l'altro, il controllo sulla Libera professione aziendale ed il controllo 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".

Nel corso del 2019 sono stati esaminati:

15 mandati di pagamento a seguito di tale controllo sono stati formulati dei rilievi non sostanziali, tali da inficiare l'atto;

Sempre nel corso del 2019 sono state effettuati:

n. 3 interventi ispettivi sull'Alpi di professionisti di codesta Azienda Sanitaria presso strutture sanitarie autorizzate

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.

Il presente Piano è stato presentato, come da verbale prot. 19836 del 29/01/2020, conservato agli atti dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, il 14 gennaio in prima battuta ed il 28 gennaio 2020 come bozza finale, alla Direzione aziendale che ne ha condiviso i contenuti.

5.2.3 Coinvolgimento Soggetti Esterni all'Azienda

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 di tutti gli utenti.

Il RPC nel mese di dicembre 2019 ha richiesto , tramite la UO di Staff Qualità e Comunicazione, agli Enti del terzo settore, possibili contributi alla stesura dell'aggiornamento del Piano; l'Unione Nazionale Consumatori Umbria Con nota mail del 13/01/2020, ha di fatto elaborato le proposte sotto riportate che verranno attenzionate dai Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza unitamente alla Direzione aziendale e sviluppate per quanto compatibili con l'attuale organizzazione:

- una relazione mensile, con scambio di comunicazioni e indizione di riunioni istituzionali, tra lo staff di direzione della Vs. Organizzazione e le Associazioni dei Consumatori e Utenti;
- una comunicazione formale delle valutazioni e degli indici di performance alle Associazioni dei Consumatori e Utenti;
- la creazione di un punto fisico all'interno dei plessi ospedalieri in cui le Associazioni dei consumatori e utenti possano attivare un servizio di monitoraggio esterno, rispetto alle segnalazioni degli utenti;
- la creazione di una procedura di conciliazione/mediazione paritetica, con le associazioni dei consumatori e utenti, per la gestione delle possibili problematiche emerse.

L'Azienda Usl Umbria 1, come peraltro altre molte realtà sanitarie e non, per la erogazione di servizi di particolare interesse sociale ma anche solo al fine di migliorare la Sua immagine attraverso servizi di accoglienza alle Strutture, da anni si avvale del contributo di Associazioni no profit, Onlus etc.

Ora, pur nella bontà e rispetto degli intenti operativi proposti da tali Enti, il Legislatore, nel 2017, ha inteso riordinare il settore, fornendo alle Amministrazioni strumenti idonei ad approfondire la trasparenza di tali Organizzazioni anche al fine di prevenire possibili "infiltrazioni", chiamiamole così , che potessero interagire con esse.

Ricordiamo pertanto sia il D.Lgs. 117/2017 "Codice del terzo Settore" , che la L. 124/2017 "Legge annuale per il mercato e la concorrenza", che specularmente al D.Lgs.33/2013 , rivolto alle Amministrazioni pubbliche, ha posto obblighi di trasparenza anche in capo a tali Enti.

L'azienda Usl Umbria 1 , pertanto , nel corso del 2019 ha ottemperato alle disposizioni di cui all'art. 56 del D.Lgs. 117/2017 citato ed ha proceduto alla pubblicazione di apposito avviso per l'acquisizione di manifestazioni di interesse, da parte degli stessi, per lo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale, se piu' favorevoli rispetto al ricorso al mercato.

Per effetto invece della L. 124/2017, l'Azienda ha chiesto a tutti gli Enti del terzo settore notizie in ordine alla pubblicità dei dati relativi ai benefici economici ricevuti dall'Azienda.

5.2.4 Contributi alla costruzione del Piano

Mutuando il PNA 2019/2021, la gestione del rischio corruttivo non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura organizzativa. A tal fine, occorre sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. L'efficacia del sistema dipende anche dalla piena e attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e di controllo

Nell'Azienda Ausl Umbria 1 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 della non perfetta messa a regime della Centrale regionale di committenza, la maggior parte delle gare sono svolte direttamente dall'Azienda e per quelle attivate dalla stessa si ricorre a gare ponte al fine di garantire la continuità dei servizi e la fornitura di medicinali, dispositivi medici ed altri beni necessari al corretto funzionamento della struttura.

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 quattro i 30.000, 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.

- La problematica rappresentata del mancato pagamento dei ticket, segnalato a seguito di indagine della Procura regionale della Corte dei Conti, riferita agli anni 2011, 2012, 2013 ne è stato un chiaro segnale rilevatore; nello specifico il fenomeno emerso era quello che, consentiva a dipendenti e relativi familiari e/o parenti di sottoporsi ad esami di laboratorio analisi senza il pagamento del relativo ticket. L'Azienda, dopo aver proceduto a debiti approfondimenti ed accertato che ciò era stato possibile, a volte, per falle nel sistema operativo, si è dotata pertanto di una linea guida operativa per incrociare gli esami di laboratorio analisi effettuati in un dato periodo ed addebitati ad un preciso reparto ospedaliero, con i contestuali ricoveri presso di essi.

Torniamo poi brevemente allo scenario umbro 2019, già accennato, ovvero alla c.d "concorso poli". Mutuando l'analisi Anac, su 152 casi di corruzione analizzati in tre anni, il posto di lavoro si è concretizzata come la nuova mazzetta; pur lasciando alla magistratura l'accertamento di eventuali responsabilità non possiamo che commentare come, anche in tale caso, sembri ci sia stata la "ritirata" del contante, con tangenti sempre più "smaterializzate", ovvero promessa del posto di lavoro in favore dello scambio di voto. A seguito di tali eventi la Regione Umbria ha adottato la DGR 946 del 1.8.2019 quale linea guida per il rafforzamento

della trasparenza e la prevenzione della corruzione in materia di concorsi e selezioni pubbliche nel sistema regionale umbro. Ogni Azienda regionale ha provveduto ad adeguarsi alle nuove disposizioni in materia concorsuale. Gli atti della Azienda UsI Umbria 1 sono quelli indicati nella tabella “Altri importanti adempimenti adottati nell’anno 2019”

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:

- 1) designa e supporta il R.P.C. (art. 1, comma 7, legge n. 190/12);
- 2) designa e supporta il Responsabile della Trasparenza (art. 43, legge n. 33/13);
- 3) 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;
- 4) 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.);
- 5) garantisce il coordinamento degli atti adottati al presente piano, in primis quelli organizzativi.

Come già accennato, ricordiamo come, la Regione Umbria, nell’intento di ribadire l’importanza della Direzione quale primario attore nella prevenzione del fenomeno corruttivo, con DGR 829 del 28/06/2019 ha provveduto ad assegnare gli obiettivi ai Commissari straordinari delle Aziende Sanitarie regionali, uno dei quali è appunto “l’ Aggiornamento del Piano di Comunicazione Aziendale con Focus su trasparenza e anticorruzione”.

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 stato nominato dal Direttore Generale tra i dirigenti della Dirigenza PTA di ruolo, 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.LL., 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 (da qualche anno prorogato da Anac al 31 gennaio...), 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:

- 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,
- una responsabilità contabile, presenta tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei conti,
- 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. L'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione, è collegato con il precedente incarico professionale di alta specializzazione "Valutazione strutturale ed impiantistica di pertinenza del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale".

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.

L'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione (scaduto il 31/12/2018) è stato prorogato con nota del 28/12/2018 prot. 190478, nelle more dell'adozione di ulteriore atto. Si ricorda a tal proposito che dall'adozione del precedente Piano le Direzioni aziendali non hanno avuto un orizzonte temporale superiore a sei mesi impedendo di fatto l'assunzione di misure strategiche se non quelle strettamente necessarie allo svolgimento delle funzioni correnti.

6.3 Il Responsabile della Trasparenza

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

- 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;
- 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;
- 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.;
- 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;
- 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 dott.ssa Maria Gabriella Stortoni, Responsabile della posizione organizzativa “ Affari generali e Privacy”.

6.4 I 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.ssa Daniela Felicioni</i>	<i>Distretto del Perugino</i>
4)	<i>dott.ssa Barbara Mercurelli</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 Manuela Pioppo coordinatrice dei Servizi di Staff</i>	<i>Programmazione, Sanitaria e Gestione Flussi Informativi sanitari</i>
		<i>Controllo di Gestione</i>
		<i>Sviluppo Qualità e Comunicazione</i>
		<i>Sicurezza Aziendale</i>
		<i>Risk Management</i>
		<i>Fisica Sanitaria</i>
8)	<i>dott.ssa Daniela Menicucci</i>	<i>Contabilità Economico Finanziaria</i>
9)	<i>dott. Roberto Bacchetta</i>	<i>Formazione del Personale e Sviluppo Risorse</i>
10)	<i>dott. Francesco Fagotti</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>dott.ssa 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. ssa Eleonora Di Maolo</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. Giancarlo Marcheggiani</i>	<i>Ser. Inferm, Tecnic, Riabilit, Ostetrico (S.I.T.R.O.)</i>

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

- 1 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;
- 2 partecipano al processo di gestione del rischio;
- 3 osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T (art. 1, comma 14, della l. n.190 del 2012);
- 4 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 PTCPT.

Nel corso del 2019 è stato effettuato un incontro con i Referenti individuati i quali sono stati invitati a produrre una relazione, quale resoconto delle azioni messe in campo e quelle da adottare nella rispettiva area ed a raccogliere quelle delle altre strutture da essi rappresentate, finalizzata alla descrizione del rispetto dell'efficacia e della tempistica associata ad ogni singola attività declinata nell'allegato 1 al Piano 2020/2022; di tali relazioni se ne darà più sotto un significativo estratto, a significare la particolare attenzione della struttura aziendale.

6.5 Il 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 I 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) dichiarano di non essere in situazione di incompatibilità e la verificano per i funzionari ad essi assegnati adibiti ad attività a maggior rischio corruzione (come previsto dalla DDG 500/2016)
- δ) propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);
- ε) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- φ) 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);
- γ) osservano le misure contenute nel PTPCT(art.1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);
- η) 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.
- ι) 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:

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

Con nota mail di fine anno 2019 è stata chiesta dal RPC eventuali contributi all'aggiornamento del Piano, pervenuti in data 30/01/2020 che di seguito si riportano:

“La presente in risposta alla sua richiesta del 30/01/2019, questa NVA si è riunito in data 20/01/2020 e all'unanimità ha proposto i seguenti suggerimenti in merito alla stesura del Piano Triennale Anticorruzione 2020/2022 a seguito dell'analisi dettagliata della performance organizzativa e individuale condotta attraverso la revisione delle schede di budget nell'ultimo triennio e le schede di valutazione individuali del personale.

Si raccomanda fortemente di porre attenzione alla formulazione degli obiettivi e relativi indicatori di outcome, che pongano il focus sulla mission aziendale.

Rispetto agli obiettivi da assegnare alle Unità Operative si suggerisce di tener conto del Programma Nazionale Esiti al fine di scegliere obiettivi e indicatori in linea con le raccomandazioni nazionali e per le Unità di Staff e aree Centrali si suggerisce di formulare obiettivi più qualitativi e non solo quantitativi.

A tal proposito si propone di adottare sempre le procedure anticorruptive che devono essere parte delle normali procedure gestionali. Per cui allorchè si verifici un evento sentinella si apra una procedura di miglioramento con soluzioni organizzativo gestionali. Le procedure di miglioramento possono essere poste anche negli obiettivi annuali.

Per quanto riguarda la valutazione della performance individuale è auspicabile l'incremento del peso della valutazione individuale rispetto a quella collettiva anche in funzione dei premi.

Inoltre è auspicabile la differenziazione dei criteri, obiettivi individuali e premi del personale con incarichi gestionali (funzioni organizzative e dirigenti di struttura) in modo che possano essere meglio comprese e divise le responsabilità professionali da quelle organizzative anche al fine di una organizzazione aziendale che tenga conto della rotazione dei Dirigenti Responsabili di Struttura e di adozioni di procedure interne per l'allocazione e trasferimenti del personale di comparto che garantiscano equità e tengano conto anche delle competenze specifiche.

Il nucleo rimane a disposizione per fornire supporto metodologico per esaminare singoli casi da cui emergano in un senso o altro per valutazioni non eque o non pertinenti anche se non necessariamente legati a processi corruttivi o di familismo amorale.”

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:

1. svolgono i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001 e art. 37 comma 5 lett. B del CNL 2015 per gli Specialisti Ambulatoriali);
2. provvedono alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
3. propongono l'aggiornamento del Codice di comportamento;
4. relazionano semestralmente al R.P.C. sui provvedimenti assunti sia quelli residui di competenza del Dirigente

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:

- 1) il collegamento tra la formazione specifica e il programma annuale della formazione;
- 2) i criteri per scegliere i soggetti che erogano la formazione;
- 3) i contenuti della formazione;
- 4) 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.

Per sviluppare un'etica condivisa sono stati organizzati corsi di formazione specifici che hanno visto la partecipazione attiva di gran parte del personale.

7. II 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:

- α) ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- β) aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- χ) 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 aeree 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 PNA 2019/2021, all'All. 1 testualmente prevede che:

“L'identificazione dei processi è il primo passo da realizzare per uno svolgimento corretto della mappatura dei processi e consiste nello stabilire l'unità di analisi (il processo) e nell'identificazione dell'elenco completo dei processi svolti dall'organizzazione che, nelle fasi successive, dovranno essere accuratamente esaminati e descritti. In altre parole, in questa fase l'obiettivo è quello di definire la lista dei processi che dovranno essere oggetto di analisi e approfondimento nella successiva fase 4.

È opportuno ribadire che i processi individuati dovranno fare riferimento a tutta l'attività svolta dall'organizzazione e non solo a quei processi che sono ritenuti (per ragioni varie, non suffragate da una analisi strutturata) a rischio”

Proprio in virtù di tale richiamo che nel presente Piano è stato inserito l'allegato 2, quale mappatura dell'intera attività espletata dall'Azienda. Tale mappa altro non è se non l'estratto di un più ampio lavoro effettuato per dar seguito al GDPR ovvero al Regolamento Generale Protezione Dati - UE 2016/679 e che sarà meglio descritto nella parte relativa agli approfondimenti della trasparenza.

Nell'allegato 1 invece i vari Responsabili hanno inteso attenzionare le attività , *che tra tutte quelle svolte*, rappresentano quelle a maggior rischio corruttivo, associate alle quali insistono le varie azioni individuate al fine della mitigazione dei rischi appunto e sulle quali ogni Dirigente di Area relaziona una o due volte all'anno.

Il PTPCT, è un documento pertanto dinamico e per la normativa stessa che 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 PTPCT è il mezzo per attuare la gestione del rischio, unitamente a tutti i regolamenti aziendali adottati per la riduzione della discrezionalità degli operatori coinvolti nei vari processi

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.C.M. 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:

- a) normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- b) normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'amministrazione (es.: acquisizione di nuove competenze);
- c) nuovi indirizzi o direttive contenuti negli aggiornamenti del P.N.A. e nelle L.G emanate;
- d) emersione di rischi non considerati adeguatamente in fase di predisposizione del P.T.P.C.T.;
- e) feedback delle attività di verifica e controllo svolte;
- f) suggerimenti degli organi istituzionali, di altri soggetti sia interni che esterni all'azienda.
- g) A partire dal 2019, come suggerito da ANAc si è iniziato a coinvolgere anche gli Enti del Terzo Settore

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:

- α) la mappatura di tutti i processi svolti,
- β) l'individuazione di ulteriori aree di rischio oltre quelle sotto segnalate,

- χ) il personale coinvolto da destinare ad una specifica formazione,
- δ) le eventuali procedure messe in atto o da adottare per la prevenzione dei fenomeni di corruzione,
- ε) gli eventuali criteri adottati o da adottare per rotazione del personale addetto nelle aree a rischio,
- φ) i criteri utilizzati per la verifica per l'inconferibilità e per l'incompatibilità per lo svolgimento degli incarichi,
- γ) 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 PNA 2016 è ribadita più volte la necessità di effettuare controlli; per tale motivo nella nostra Azienda, molte strutture svolgono a vario titolo controlli sia all'interno dell'Azienda (U.O.: Risk management, Sviluppo Qualità e Comunicazione, Sicurezza Aziendale, Nucleo ispettivo aziendale, Gruppo di Lavoro per il potenziamento del sistema di Controllo Interno e Internal Auditing) 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 si sta instaurando una fattiva collaborazione fra queste e il Responsabile della Prevenzione della Corruzione al fine di rispondere compiutamente nella relazione annuale da predisporre entro il 31 gennaio p.v. e verificare l'effettivo rispetto delle procedure aziendali.

Nel corso del 2017 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:

- × Accesso agli atti ai sensi del D.Lgs.vo 97/2016 e legge 241/90;

- × Appalti ed Acquisti: Revisione Regolamento e procedure ai sensi del PNA 2016 e PTPC 2016-18 aziendale;
- × 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.vo 33/2013 e ssmmii;
- × Rapporti con i soggetti erogatori e relativi controlli secondo quanto previsto dal PNA 2016 e PTPC 2016-18 aziendale;
- × Misure per l'alienazione degli immobili, definizione regolamento per l'acquisizione, cessione, locazione attiva e passiva e gestione immobili;
- × Sperimentazioni cliniche e comodati d'uso/ valutazione "in prova";
- × 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;
- × Coordinamento attività di controllo interni ed esterni.

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

- 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 dell'agosto 2016
 - dall'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione adottato dall'ANAC Determinazione n. 12 del 28/10/2015
 - dal Piano triennale della Prevenzione della Corruzione aziendale 2016 – 2018, adottato con la Delibera n. 122 del 03/02/2016
- Verifica stato di attuazione misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

Sostanzialmente si può affermare che il raggiungimento degli obiettivi assegnati ai vari gruppi di lavoro hanno consentito un puntuale aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018/2020, ove sono stati indicati i principali documenti aziendali rivisti ed aggiornati secondo le modifiche normative intervenute e le linee guida emanate.

Doveroso precisare che tale attività di adeguamento è proseguita anche nel 2019 attraverso un costante rapporto sinergico tra il RPC aziendale e i Dirigenti delle Macrostrutture nonché con i Referenti da essi individuati, che ha privilegiato in particolare il monitoraggio delle attività a contenimento corruttivo posto rispettivamente in essere per le aree maggiormente esposte.

Nel corso dell'anno 2017 sono intervenuti, importanti provvedimenti normativi, sia nel settore dei contratti pubblici, che nell'ambito della trasparenza e dell'anticorruzione.

Ricordiamo tra essi , in particolare,
il Decreto Legislativo 19 aprile 2017, n. 56, recante "disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50" (cd. nuovo Codice dei contratti pubblici),
il D.Lgs. 117/2017 " Codice del terzo settore" e la legge 124/2017 per le quali si è già descritto l'intervento aziendale
la legge 30 novembre 2017, n. 179, avente ad oggetto "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato", che ha consacrato e perfezionato la disciplina dell'istituto innovativo del whistleblowing.

Proprio su tale ultimo aspetto è stato, in collaborazione con la U.O. Tecnologie Informatiche e Telematiche, avviato nella seconda metà 2018, un percorso per testare il sistema più adeguato e destinato a garantire il whistleblowing, così da dare pienamente attuazione alla Legge 179/2017

Tale sistema è entrato a pieno regime dal mese di aprile 2019 e consente al dipendente che segnala al responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente o all'Autorità nazionale anticorruzione o ancora all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, di non essere - per motivi collegati alla segnalazione - soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto a altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro.

Di seguito si riporta testualmente l'Avviso, con i relativi link attivi, riportato nella pagina dell'Amministrazione Trasparente

<http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-corruzione>

Il pubblico dipendente che , nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della Prevenzione della Corruzione aziendale (tramite il seguente indirizzo di posta elettronica prevenzionedellacorruzione@uslumbria1.it o utilizzando l'apposito modulo Modulo segnalazione condotta illecita ovvero presso tutti gli URP) o all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) (tramite il seguente link <https://servizi.anticorruzione.it/segnalazioni/#/>) o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. A maggior tutela del segnalante, l'Azienda Usl Umbria 1, in ottemperanza alle disposizioni di cui alla Legge 179/2017, ha istituito, inoltre, quale canale di segnalazione idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza ed il completo anonimato dell'identità del segnalante, il seguente indirizzo:

<https://globaleaks.uslumbria1.it>

L'identità del segnalante non può essere rivelata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale. Nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria. Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli

articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni. Al dipendente/collaboratore che segnala illeciti viene, inoltre, assicurata l'integrale applicazione delle tutele previste dall'art. 54-bis del D.Lgs n.165/2001 così come integrato e modificato dalla Legge 179/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato". Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Il Responsabile valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto direttamente all'Anac. Le tutele di cui sopra non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque per reati commessi con la denuncia di cui al comma 1 ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave». Per tutto quanto altro non espressamente riportato nella presente pagina si fa riferimento a quanto disposto dalla Legge 179/2017

Attenzione!

Si informa che le segnalazioni effettuate in forma anonima possono essere prese in considerazione solo in casi peculiari e, comunque, non ai sensi dell'art. 54-bis (normativa anticorruzione). Le segnalazioni, anche se inviate in forma anonima in prima istanza, potranno essere successivamente integrate con le generalità del segnalante ai fini di acquisire l'eventuale tutela legale, oltre alla priorità di gestione. Tutte le segnalazioni, nel rispetto della tutela della riservatezza dell'identità del segnalante, potranno essere inviate ad altre istituzioni (autorità giudiziaria, dipartimento della funzione pubblica, cortei dei conti, etc.). N.B. Si informa che, laddove dalla segnalazione emergessero profili di rilievo penale e di danno erariale, l'Azienda Sanitaria UsI Umbria 1 provvederà a trasmettere la notizia di illecito alle competenti Autorità giudiziarie e, solo su richiesta delle stesse, fornirà l'identità del segnalante. Si raccomanda di prendere visione della piattaforma con cadenza settimanale, poiché i provvedimenti dell'Azienda e le richieste di integrazione documentale, ritenute dall'Ufficio necessarie per poter procedere, verranno comunicati tramite la stessa

Posto quanto sopra ed acquisito il Documento ANAc in fase di consultazione "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs 165/2001 (c.d. whistleblowing)", è in corso di perfezionamento la redazione di apposito regolamento operativo, che costituirà un obiettivo 2020

Gli indirizzi emanati ANAC nel 2017 e finalizzati all'aggiornamento dei Piani Aziendali Anticorruzione, non hanno riguardato 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 stato obbligato 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.

Prima di tutto si è andati verso la 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 piano 2017 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.

Anche gli indirizzi emanati ANAC nel 2018 e finalizzati all'aggiornamento dei Piani Aziendali Anticorruzione, non hanno riguardato nello specifico l'ambito sanitario, essendo destinati principalmente ad altri "settori".

Purtuttavia la parte generale ha offerto interessanti approfondimenti, a conforto delle azioni che il RPC ha portato avanti all'interno della Ausl Umbria 1 e che meglio sono declinate in seguito e a sostegno delle iniziative sinergiche aziendali (ad es. in materia di adeguamento al Regolamento UE 2026/679) che dal secondo semestre del 2018 hanno impegnato le varie strutture in aggiunta alla "quotidianità".

Gli indirizzi ANAC nel 2019 per stessa ammissione dell'Autorità, considerato che nel tempo la Stessa è dovuta tornare più volte sugli stessi temi, vuoi per adeguare gli indirizzi alle novità legislative, vuoi per tenere conto delle problematiche rilevate in sede consultiva e di vigilanza, ha deciso di concentrare la propria attenzione sulle indicazioni relative alla parte generale del PNA, rivedendo e consolidando in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni date fino ad oggi, integrandole con orientamenti maturati nel corso del tempo e che sono anche stati oggetto di appositi atti regolatori.

Le ragioni di fondo che hanno guidato la scelta del Consiglio sono, oltre a quella di semplificare il quadro regolatorio al fine di coordinare le amministrazioni, quelle di contribuire ad innalzare il livello di responsabilizzazione delle pubbliche amministrazioni a garanzia dell'imparzialità dei processi decisionali.

Quanto sopra richiamato non toglie dal fatto che comunque il PNA 2019/2021 abbia rappresentato un valido contributo e abbia offerto spunti significativi per l'aggiornamento del presente documento.

Nello specifico l'Allegato 1 al PNA 2019 ritorna sull'argomento della Rotazione Ordinaria dei dipendenti strettamente connessa a vincoli di natura soggettiva attinenti al rapporto di lavoro e a vincoli di natura oggettiva, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione.

Il dettato ANAc stabilisce che, per l'attuazione della misura è necessario, che l'amministrazione nel proprio PTPCT chiarisca i criteri, dandone preventiva e adeguata informazione alle organizzazioni sindacali, individuando la fonte di disciplina e sviluppando un'adeguata programmazione della rotazione.

Pur mancando una generica e condivisa modalità regolatoria dell'istituto della rotazione ordinaria, corre l'obbligo fornire un riepilogo di quello che fino ad ora sono state le azioni poste in essere dalla Ausl Umbria 1:

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. Nel corso del biennio 2018/2019 non si è proceduta ad alcun conferimento di incarico, salvo alcune eccezioni dovute alla necessità ed urgenza di sostituzione pensionamenti, in quanto è intervenuto il nuovo CCNL del personale del comparto che ha sostanzialmente modificato il quadro normativo di riferimento. Tra le posizioni attribuite si rileva quella denominata "Controllo Attività extraistituzionali ed occasionali personale dipendente/ Rapporti di Lavoro Atipici". E' stato inoltre adottato il nuovo regolamento per l'assegnazione degli incarichi.

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 2018 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.

Posto quanto sopra corre l'obbligo di ricordare come la dotazione organica dirigenziale della Ausl Umbria 1, non aggiornata oramai da anni, fa sommare incarichi in capo alle poche figure rimaste. Ciò impedisce di perseguire l'obiettivo della formazione ai fini della rotazione. Un esempio su tutti è quello che ha visto il pensionamento di tre Direttori di Distretto su sei, con il quarto previsto nel 2020.

Parimenti va citato che i due Direttori Sanitari di Presidio rimasti, attualmente rivestono i ruoli di Commissario Straordinario e Direttore Sanitario e le funzioni connesse ai Presidi sono svolte dai loro sostituti.

A completamento dell'Istituto della Rotazione, va sicuramente citata la Delibera ANAc 215 del 26/03/2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l quater, del d.lgs. n. 165 del 2001", di certo rilievo comportamentale per le pubbliche amministrazioni, in ordine alla quale la Ausl Umbria 1 ha già iniziato la fase divulgativa, includendo tale disciplina tra le iniziative formative 2019.

7.2 Criteri per la valutazione del Rischio

L'allegato 1 al PNA 2019, riepiloga come :

....omissis....L'approccio utilizzabile per stimare l'esposizione delle organizzazioni ai rischi può essere qualitativo, quantitativo o misto.

Nell'approccio qualitativo, l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tali valutazioni, anche se supportate da dati, non prevedono (o non dovrebbero prevedere) la loro rappresentazione finale in termini numerici.

Diversamente, nell'approccio di tipo quantitativo si utilizzano analisi statistiche o matematiche per quantificare l'esposizione dell'organizzazione al rischio in termini numerici. ...omissis..... e che l'allegato 5 del PNA 2013 è superato dalla metodologia indicata nel presente allegato e solo a questo ultimo si dovrà fare riferimento.....

Nello specifico , il PNA 2019 ... suggerisce di adottare un approccio di tipo qualitativo, secondo i seguenti criteri:

- *livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;*
- *grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;*
- *manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;*
- *opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;*
- *livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;*
- *grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.*

L'Attività portata avanti nel 2019 pertanto è stata quella di iniziare a superare la valutazione del rischio ampiamente usata nei precedenti Piani Triennali aziendali, per privilegiare soprattutto i criteri della percezione esterna e del grado della discrezionalità del funzionario preposto all'esercizio dell'azione.

Pur tuttavia a giudizio del RPC, oltre gli indicatori proposti , è comunque necessario continuare a valutare anche il valore economico delle varie attività, in quanto la sua importanza potrebbe essere indice di appetibilità quale fattore di scambio.

Pertanto, la presenza di uno o più fattori, tra quelli privilegiati dalla Azienda UsI Umbria 1 all'interno di una determinata attività ne attribuisce l'associazione di rischio :

Rischio basso: scarsa rilevanza per soggetti esterni, adeguata regolamentazione di processo, partecipazione allo stesso di più attori aziendali, monitoraggio sistematico, basso valore economico

Rischio medio: scarsa rilevanza per soggetti esterni, adeguata regolamentazione di processo, processo decisionale discrezionale, monitoraggio sistematico, medio valore economico

Rischio alto: processo attenzionato da soggetti esterni, regolamentazione da adeguare, processo decisionale discrezionale, difficoltà di monitoraggio, alto valore economico.

Utilizzando tali criteri definiti, alcuni procedimenti fortemente regolamentati, che prevedono la partecipazione nel processo decisionale di più operatori e/o strutture e a basso impatto economico risultano sempre a rischio basso; aumentando il “grado” dei tre indicatori, ed attenzionando gli stessi, si passa ad identificare un rischio medio fino ad uno alto.

Nella valutazione il grado di rischio viene mantenuto nel grado originale, a monte delle misure prese, in quanto solo la costante attenzione ne può contenere la potenziale pericolosità.

La classificazione del rischio è stata determinata anche dal confronto costante con i Referenti ed i Dirigenti delle Unità Operative incontrate frontalmente nel corso degli anni.

La piena applicazione di quanto previsto dal PNA 2019 di ANAc troverà completamento nel prossimo aggiornamento del PTPCT

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 Attività 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 2 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.

8. AZIONI DI MONITORAGGIO E CONTROLLO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE PREVISTE DAL PIANO

Va premesso che il vero ruolo del piano di prevenzione della corruzione non può essere inteso in senso adempimentale, cioè nella mera previsione di aree di rischio e misure, quanto invece, nella prescrizione di sistemi di presidio dell'attività amministrativa e sanitaria, intesa come rispetto del principio di correttezza ed imparzialità di accesso alle cure.

Semplicisticamente possiamo affermare che l'attività di prevenzione non consiste soltanto nella definizione del piano e nella predisposizione della relazione finale. Tra questi due momenti spetta, al Responsabile della prevenzione, l'attivazione di un sistema di "monitoraggio" ed elaborazione attraverso la prescrizione di "obblighi informativi".

La differenza tra "monitoraggio" (previsto dalla legge 190/2012) e "controllo" (richiamato dall'Autorità anticorruzione) non è oziosa e porta con sé diverse implicazioni che meritano una precisazione.

Certamente entrambi i termini indicano l'azione di osservazione di un fenomeno attraverso la raccolta di informazioni. Tuttavia, mentre il monitoraggio enfatizza l'aspetto informativo, allo scopo di restituire notizie e dati utili alla eventuale correzione della gestione, il "controllo", nell'accezione della dottrina amministrativa, richiama la funzione di verifica finalizzata alla correttezza, con le inevitabili conseguenze, sia in ordine agli ambiti di indagine, sia in ordine agli effetti che ne conseguono (per il controllore e per il controllato).

Non da ultimo la deliberazione ANAc n. 840 del 2 ottobre 2018, richiamata in toto nell'aggiornamento 2018 al PNA, approfondisce, a seguito di impulso di alcune Amministrazioni, il corretto modus operandi del RPCT attribuendo allo stesso

- 1 il potere di acquisizione diretta di atti e documenti e di audizione di dipendenti

2 il potere monitorare il rispetto degli atti di regolazione adottati da un Ente

Ai fini del **monitoraggio** in ordine all'applicazione delle misure per la prevenzione della corruzione previste dal PTPC pertanto il Responsabile per la prevenzione della corruzione (RPC) provvede a richiedere ai Referenti individuati informazioni in merito all'attuazione delle misure e delle attività di prevenzione, da restituire allo stesso R.P.C..

Nello specifico il R.P.C. ha chiesto ai referenti una relazione nella quale rappresentare, a seconda delle rispettive aree di rischio, facenti parte sia delle attività di carattere generale/trasversali e/o esclusive che di quelle proprie, le azioni adottate o da adottare entro il 2019 per il rispetto della tempistica associata ad ogni singola fattispecie e le eventuali criticità connesse.

Agli Uffici Procedimenti Disciplinari della Dirigenza e del Comparto è stato chiesto invece un riepilogo dei procedimenti avviati e / o conclusi nel 2019 con l'indicazione della sanzioni eventualmente comminate.

Le relazioni pervenute e le considerazioni in esse contenute hanno sostanzialmente fatto emergere una attenzione particolare rispetto alla tempistica delle azioni ed agli indicatori di verifica e alla prevenzione della corruzione in genere, vuoi anche per il clamore degli eventi occorsi in Umbria nel primo semestre 2019; se non altro le relazioni prodotte hanno avuto quale risultato proprio quello di far riprendere l'attenzione sulle disposizioni del Piano, là ove questo era andato scemando per i contingibili processi di gestione quotidiani.

Sinteticamente di seguito si intendono riportare, per ogni Struttura, le *più significative attività descritte* in tali relazioni acquisite direttamente dai rispettivi Responsabili o per il tramite dei Referenti individuati che confortano il Responsabile Anticorruzione sul monitoraggio effettuato nei rispettivi servizi.

Quanto in sintesi si riporta vuole dimostrare che ogni Struttura, pur nella complessità della quotidianità è fortemente dedicata al sostegno delle azioni per la prevenzione della corruzione.

Tutte le relazioni sono conservate presso l'Ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Estratti

Presidi Ospedalieri: relazione redatta sia dalla Componente Sanitaria che Amministrativa Recupero ticket per - codice bianco Pronto Soccorso ed - Altre Prestazioni .

Rischi connessi: Eseguire prestazioni e favorire il non recupero dei relativi corrispettivi

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.

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.

Utilizzo Camera mortuaria - Certificazione decessi ospedalieri. Tale attività, vedi anche determinazioni ANAC, 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.

Rischi connessi: 1)Indirizzare la scelta nei confronti di determinata impresa funebre 2)Richiesta impropria di regali, compensi o altro per espletamento di funzioni proprie

Con Atto n. 1463 del 29/12/2015 è stato adottato il "Regolamento aziendale per la gestione della medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale", al fine di omogeneizzare le procedure all'interno di tutti i Presidi e Stabilimenti ospedalieri e sostanzialmente affidando la gestione delle strutture mortuarie, alle rispettive direzioni sanitarie.

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.

Distretti / Dipartimento Salute Mentale

I Direttori di Distretti e il Direttore del Dipartimento Salute Mentale hanno effettuato, nel corso del 2019, una serie di incontri con tutte le posizioni organizzative di riferimento delle Strutture per condividere e stabilire le azioni per il monitoraggio e controllo sull'attuazione delle misure previste dal Piano e per diffondere una maggiore consapevolezza degli argomenti trattati. Sono state costituite commissioni interdistrettuali per l'effettuazione a campione di controlli sui processi/attività a rischio individuate nel Piano.

SSA Medicina Legale

Con delibera del DG 169/2019 si è provveduto alla rotazione degli incarichi del personale medico componente le Commissioni Invalidi Civili- Handicap- Disabilità- Cecità Civile - Sordità a valenza aziendale.

Viene costantemente garantita la rotazione del personale medico componente la Commissione Medica Locale della Usl Umbria 1 per le patenti di guida

Tutte le attività certificative sono prenotate a CUP in maniera da garantire trasparenza e certezza del versamento dei diritti amministrativi.

Viene garantita in tutte le sedi aziendali la validazione dell'erogato per l'attività certificativa medico-legale. Riguardo all'attività svolta dal COGESI (Comitato Gestione Sinistri), in riferimento alle richieste di risarcimento danno in tema di responsabilità professionale sanitaria, vengono osservate le procedure indicate nel disciplinare regionale in modo da garantire la trasparenza degli atti. Con il personale amministrativo viene mantenuta alta l'attenzione e discussione in tema di codice di comportamento, trasparenza e anticorruzione.

Dipartimento di Prevenzione

Servizio IAPZ

Il Servizio svolge le proprie funzioni secondo procedure condivise alcune delle quali sono state revisionate nel corso del 2019. Sono state acquisite già nel primo semestre le dichiarazioni di indipendenza e riservatezza da parte del personale preposto al controllo ufficiale. Utilizzando Gruppi Operativi di Verifica (GOV) istituiti con nota del 2015, rivisti nel 2019, sono state programmate azioni di verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali ai sensi dell'art. 83 del Reg. CE 882/2004.

Servizio SIAN

In ordine alla certificazione export, il controllo è effettuato di norma da almeno due operatori. E' prevista la Rotazione del personale.

Servizio ISP

Nel 2019 sono state effettuate verifiche a campione sulle procedure di vigilanza relativamente alle attività di controllo per i rischi collegati alla presenza di organismi infettanti (es. zanzare tigre) ed alle procedure di acquisto dei prodotti per quanto attiene all'aspetto di competenza.

Servizio PSAL

Il Gruppo Operativo di Verifica (GOV) è stato ruotato nel 2019 e ha proceduto ad effettuare : pareri NIP ed Amianto , indagini di MP ed infortunio, vigilanza programmata ed esposti su tutte le aree territoriali. I Dirigenti Medici documentano la rotazione di Area per almeno un intervento.

Servizio IAOA

Il Servizio svolge le funzioni secondo procedure condivise ed operative per le diverse attività in modo da ridurre la discrezionalità. Il controllo ufficiale presso gli impianti di macellazione è stato assicurato con la presenza di almeno due veterinari per turno di lavoro come per altro i sopralluoghi per il controllo ufficiale su altre imprese alimentari. Sono state acquisite le dichiarazioni di indipendenza e riservatezza del personale preposto ai controlli.

Servizio SA

Sono stati rispettati gli indicatori su tutte le azioni previste nel Piano per la Prevenzione della Corruzione. Si precisa che i controlli avvengono , su ogni attività, alla fine di ogni trimestre.

Medicina dello Sport

Con riferimento a quanto sancito dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, considerata in particolare la valutazione del rischio di attività, tenuto conto delle “scale di priorità al rischio” costruite seguendo i criteri previsti nel Piano Nazionale, la UOC Medicina dello Sport si attesta nella categoria A Rischio Basso.

Al fine di scongiurare il verificarsi di eventuali criticità, comunque finora mai emerse, nel 2019 si è deciso di adottare un'azione di controllo, mediante indagini a campione delle visite medico sportive effettuate, mediante l'estrazione di una giornata lavorativa nella sede di Perugia o di Città di Castello, in quanto particolarmente rappresentative in termini numerici e di tipologia di visite.

Valutando il numero delle visite effettuate, la loro tipologia (A, B e C), la tipologia degli utenti (maggiori e minori, paganti o esenti) e confrontando i nostri dati con quelli ricavati direttamente dal CUP, si potranno evidenziare eventuali discrepanze e correggere le anomalie riscontrate.

Il controllo avviene mediante la costituzione di un Gruppo Operativo di Verifica, formato da tre persone (preferibilmente due medici e una figura amministrativa o infermieristica) e viene redatto un verbale con i risultati ottenuti. Nel 2019 non si sono ravviate Non Conformità.

Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi sanitari

Con riferimento alle Attività di carattere generale previste nel PTPCT, la UO scrivente ha garantito il supporto alla Direzione Aziendale per l'elaborazione delle strategie e delle politiche aziendali e per la definizione annuale degli obiettivi e delle risorse delle Macrostrutture (delibera n. 203 del 06/02/19 – Performance organizzativa: programma Annuale di Attività dei Distretti e Dipartimenti (Budget) anno 2019 – Assegnazione degli obiettivi e delle risorse alle Macrostrutture Aziendali -).

Inoltre, viene costantemente assicurato il supporto alla Direzione Aziendale nel monitoraggio infrannuale del livello di raggiungimento degli obiettivi negoziati.

Tutte le fasi del processo di budget sono gestite in ottemperanza a quanto previsto dalla procedura PG03_15 “Regolamento del Processo di Budget” adottata con DDG n.1045 del 01/10/2015.

Si precisa che l'attuazione delle misure previste dal PTPCT è stata individuata, anche per l'anno 2019, come obiettivo specifico per le Macrostrutture Aziendali e le strutture di Area Centrale.

Di seguito si specificano le azioni poste in essere in merito ai processi/attività riconducibili alle funzioni di competenza della Programmazione Sanitaria e Flussi informativi Sanitari :

1. Gestione dei Flussi informativi finalizzati alla compensazione della mobilità sanitaria attiva

2. Gestione dei Flussi informativi finalizzati alla compensazione della mobilità sanitaria passiva
3. Attività di controllo tecnico- sanitario su flussi informativi finalizzati alla compensazione dell'attività di ricovero erogata dalle Case di Cura Private

U.O. Controllo di Gestione

La U.O. scrivente continua a garantire il supporto alla Direzione Aziendale per l'elaborazione delle strategie e delle politiche aziendali e per la definizione degli obiettivi e delle risorse delle Macrostrutture (v. delibera n. 203 del 06/02/2019 2 programma Annuale di Attività dei Distretti e Dipartimenti – Budget Anno 2019 – Assegnazione degli obiettivi e delle risorse alle Macrostrutture Aziendali”).

Viene inoltre costantemente assicurato il supporto alla Direzione Aziendale nella verifica infrannuale del livello di raggiungimento degli obiettivi negoziati.

Tutte le fasi del processo di budget sono gestite in ottemperanza a quanto previsto dalla procedura *PGA03_15 “Regolamento del Processo di Budget”* adottata con DDG n. 1045 del 01/10/2015 nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC). L'attuazione delle misure previste dal PTPCT è inoltre stata individuata, per l'anno 2019, come obiettivo specifico per le Macrostrutture aziendali e per le strutture di Area Centrale. Nel corso del 2019 sono state effettuate le attività previste nel progetto regionale “ *Potenziamento del sistema di controllo Interno e Internal Auditing nelle aziende sanitarie*”.

Le attività effettuate nell'ambito del progetto citato si affiancano in maniera sinergica alle attività previste dal PTPCT al fine di potenziare il sistema di controlli aziendali e di verificare costantemente che le attività aziendali siano effettuate in conformità con quanto previsto dalle rispettive procedure. I controlli effettuati. I controlli effettuati hanno verificato il rispetto e la conformità a norme e regolamenti (compliance auditing), la regolarità amministrativa e contabile dei dati scaturenti dalle stesse (financial auditing), l'efficienza e l'efficacia operativa (operational auditing). Sono state escluse invece le attività legate alla verifica dei sistemi informativi ed informatici (IT auditing) e della prevenzione dei rischi di frode (fraud audit).

Sviluppo Qualità e Comunicazione

“Affidamento Servizio di Rassegna Stampa on-line” DDG 667/2019: ogni mese il DEC redige una relazione sul servizio erogato.

“Affidamento servizio campagne di comunicazione aziendale” DDG 1184/2017: Rendicontazione periodica (in genere ogni tre mesi) del DEC.

Sicurezza Aziendale

La valutazione dei rischi è stata aggiornata in tutti i sopralluoghi che il Servizio ha effettuato, poiché è regolamentata da norme specifiche e cogenti che dettano anche i criteri di valutazioni questi sono esplicitati nelle relazioni relative ai sopralluoghi.

La sorveglianza sanitaria è effettuata dai Medici Competenti nel rispetto dei tempi e delle modalità previsti dalla norma nel rispetto del protocollo stabilito dai Medici Competenti in accordo con la valutazione dei rischi. I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza sono informati sia sul protocollo che, durante la Riunione periodica annuale, sull'andamento generale della sorveglianza sanitaria. In caso di situazioni ritenute “particolari” dal Medico Competente di Area, esiste un confronto tra tutti i Medici Competenti Aziendali per definire una corretta valutativa finale. I pareri per le maternità vengono espressi secondo protocollo entro i tempi previsti dalla normativa. Il servizio predisporre per tutte le gare il DUVRI.

Risk Management

Al fine di omogeneizzare le procedure di segnalazione e l'analisi degli eventi all'interno di tutti i Presidi e Stabilimenti ospedalieri la Procedura pga 25 “Incident Reporting” è stata Deliberata nel 2015 è stata revisionata nel 2019 ed implementata nuovamente anche grazie alla rete dei referenti del rischio clinico

Al fine di promuovere l'analisi di tutti gli eventi segnalati standardizzando la modalità di effettuazione in tutti gli Stabilimenti/servizi/presidi è stata elaborata una Procedura Specifica. Inoltre è stata effettuata una delibera la numero n. 10 del 07/01/2019 in cui viene dettagliata anche l'applicazione dei metodi AUDIT, RCA e SEA a seconda della tipologia di evento da analizzare.

Fisica Sanitaria

Sono stati predisposti 4 capitoli tecnici per l'acquisizione di beni strumentali e tutti sono stati rivisti da altro servizio U.O. Patrimonio.

Nel corso dell'anno 2019 sono state effettuate diverse classificazioni, solo 18 nel 1° semestre, e, circa 85% sono state rivalutate da altro esperto qualificato

U.O. Contabilità Economico Finanziaria

Per tutte le Aree di rischio di competenza non sono emerse criticità in ordine alla tempistica e alla quantificazione degli interventi di monitoraggio effettuati; si rileva la grave criticità connessa alla riduzione del personale che rende difficoltosa la rotazione del personale.

U.O. Formazione del Personale e Sviluppo Risorse

In premessa si significa che lo scrivente ha ricevuto l'incarico di Dirigente della U.O. Formazione e Sviluppo Risorse a decorrere da 1 novembre 2018, a seguito della richiesta di aspettativa da parte del precedente titolare per incarico dirigenziale presso altra Azienda.

Si è ricostruito, comunque, il percorso e le azioni intraprese nel corso dell'anno di riferimento, segnalando in particolare:

Precedentemente all'adozione del PFA 2019 si è provveduto alla rilevazione del fabbisogno tramite l'utilizzo del dossier individuale e di gruppo; E' stato rispettato il regolamento per la gestione dei progetti finanziati;

E' stata prodotta la rendicontazione sulle fonti di finanziamento dei progetti. Si sono rispettate le procedure verificando con la UO Sicurezza Aziendale per le indagini di benessere organizzativo e stress lavoro correlato.

Servizio Farmaceutico Aziendale

Nel corso del 2019 sono state effettuate le ispezioni ordinarie e straordinarie alle farmacie territoriali e distributori intermedi e nel corso delle stesse sono state effettuate varie prescrizioni e/o sanzioni.

Sono stati effettuati numerosi controlli sulle distinte e sulle ricette inerenti la liquidazione della spesa farmaceutica. Il Servizio ha partecipato a tutte le Commissioni di gara centralizzata sia per i farmaci che per dispositivi medici; sono state verificate le giacenze di magazzino anche verso il magazzino esternalizzato di Perugia.

U.O. Tecnologie Informatiche e Telematiche

In relazione alle attività di approvvigionamento di beni e servizi informatici che attualmente la U.O. svolge in autonomia, si è provveduto nel corso di quest'anno alle seguenti attività migliorative nel rispetto delle previsioni del Piano:

Il totale dei procedimenti è stato espletato con strumenti di E-Procurement; Il Patto di integrità viene inserito in tutti i contratti di servizi informatici

Sono stati eseguiti i monitoraggi interni delle procedure a maggior rischio senza rilevare violazioni;

E' stato utilizzato il sistema AVCPass per la verifica dei requisiti delle ditte formando due funzionari per le attività di verifica;

E' stata redatta una specifica procedura interna, con relativi controlli, per l'attuazione delle verifiche sulle ditte aggiudicatarie;

E' stata redatta una procedura interna per la verifica dei criteri di rotazione delle ditte invitate attraverso Mercato elettronico della PA attraverso controllo oggettivo della categoria dei beni e servizi appaltati.

U.O. Attività Tecniche e Acquisizione Beni e Servizi :

Tutte le procedure di acquisto vengono attivate previa verifica della coerenza con i documenti di programmazione di livello aziendale e regionale. Per le procedure da espletare in privativa viene richiesta la dichiarazione di esclusività clinica corredata dalla dichiarazione dell'ingegneria clinica. Procedure di gara di beni e servizi: si applica il principio della rotazione che comporta il divieto di reinvio dell'operatore economico che è stato fornitore di beni nell'ambito dello stesso settore merceologico nel precedente contatto in scadenza precisando che l'eventuale reinvio riveste carattere eccezionale.

U.O. Economato

Per tutte le attività sono state rispettate le misure di sicurezza associate ed il monitoraggio è stato effettuato tenendo conto dei rispettivi indicatori assegnati.

Per le liquidazioni si è proceduto nel 2019 alla verifica di almeno due determine al mese per verificarne la corrispondenza delle prestazioni rese a quanto fatturato.

I funzionari interessati, sottoscrivendo l'atto di liquidazione dichiarano l'insussistenza di qualsiasi conflitto di interesse con le Ditte beneficiarie degli effetti del documento.

"Cassa Economale" - Ogni trimestre sono state verificate le spese sostenute, tramite cassa economale, la consistenza della stessa ed il necessario reintegro.

U.O. Patrimonio

I vari uffici della UOC Patrimonio si sono attenuti scrupolosamente al pieno rispetto delle procedure amministrative e dei regolamenti, nell'attuazione dei principi generali di Trasparenza, pubblicità, anticorruzione.

Affari Generali ed Istituzionali e Gestione Legale Sinistri

In collaborazione con l'Ipas Affari Legali e del Contenzioso sono stati adottati i seguenti atti: DDG 89/2019 Formazione di short list di Avvocati, DDG 91/2019 Regolamento su Patrocinio Legale. E' stata effettuata la dovuta vigilanza qualora siano stati rilevati nell'istruttoria dei sinistri assicurativi potenziali conflitti/incompatibilità in ordine ad incarichi di consulenza tecnica svolti dal personale dipendente/convenzionato.

Area Legale e del Contenzioso

In collaborazione con la UOC Affari Generali ed Istituzionali sono stati adottati i seguenti atti: DDG 89/2019 Formazione di short list di Avvocati, DDG 91/2019 Regolamento su Patrocinio Legale.

Relativamente ai rapporti con gli organi giurisdizionali è stato approvato, DDG 480/2019, il regolamento per i rapporti con la Corte dei Conti.

UU.OO. Risorse Umane

Nel corso dell'anno le UUOO Risorse Umane hanno garantito la costante collaborazione con il RPC fornendo allo stesso regolarmente notizie in merito a fatti che avrebbero potuto ingenerare fenomeni di corruzione.

In particolare per quanto riguarda la gestione delle procedure applicative relative agli istituti giuridici, legislativi e contrattuali nel rapporto di lavoro, gli uffici preposti hanno proseguito nell'attività di monitoraggio sulla regolarità delle procedure e dei percorsi relativi.

Alla Luce delle novità normative introdotte dal CCNL del personale del comparto in vigore dal 22/05/2019 si è posta in essere un'attività di approfondimento e valorizzazione dei seguenti istituti: Gestione delle assenze per malattia, Gestione dei permessi per sottoporsi a visite e prestazioni specialistiche e terapie, gestione delle procedure inerenti gli accertamenti medico legali dei casi di inidoneità lavorativa, gestione di controllo sull'unicità

del rapporto di lavoro in conformità ai dettami dell'art. 53 del D.Lgs 165/2001. Con DDG 64/2019 è stato definitivamente adottato il Piano del Fabbisogno del personale triennio 2015/2020.

S.I.T.R.O.

Per quanto riguarda la Gestione autorizzazione a partecipazione a formazione con sponsor, si propone come azione di miglioramento la regolamentazione del percorso dal momento che le medesime non seguono un percorso standardizzato. Per la determinazione fabbisogno di personale comparto si precisa che il monitoraggio è esclusivamente numerico e finalizzato al controllo della spesa. Per l'autorizzazione per attività di prestazioni occasionali si propone quale azione di miglioramento la revisione della modulistica in quanto la "dichiarazione di non conflitto di interesse", a parere della Responsabile SITRO è di natura giuridica; i Responsabili dei servizi dovrebbero attestare solo che l'attività non pregiudichi il regolare svolgimento dell'attività di servizio.

Ufficio Procedimenti Disciplinari del Personale Dirigenziale Ruolo Sanitario, del Personale Dirigenziale Ruolo Amministrativo Tecnico e Professionale nonché dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari per gli Specialisti Ambulatoriali

Ufficio Procedimenti Disciplinari del Comparto

Gli uffici procedimenti disciplinari tanto del Comparto che delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria, SPTA e Personale Convenzionato hanno rimesso le relazioni semestrali (1° e 2° semestre 2019) indicando il numero dei procedimenti disciplinari attivati, anche a seguito di procedimenti penali (in genere aperti e sospesi in attesa del primo grado di giudizio) e riportando le sanzioni comminate, là ove il procedimento risultava concluso. Il numero di tali procedimenti e le sanzioni comminate (quella più grave risulta essere stata la sospensione di 10 giorni dal servizio e dalla retribuzione) sono stati riepilogati nella relazione annuale 2019.

Ufficio Legale

In ordine ai contenziosi su procedure ad evidenza pubblica, nonché reclutamento di personale, si segnala che, nel 2019, risultano aperti i processi amministrativi:

- 1) ricorso al Consiglio di Stato, in materia di procedura aperta per fornitura;
- 2) ricorso al TAR per l'Umbria, in materia di procedura ad evidenza pubblica per fornitura;

In ordine ai procedimenti penali, avviati nei confronti di dipendenti, non pertinenti a "malpractice sanitaria", si segnala che, nel 2019, risultano avviati nei confronti di dipendenti i seguenti processi:

- artt. 640 comma 2°, n.1 c.p. e 55 –quinqies, D.Lgs. 165/2001 e smi: Rinvio a giudizio per n.1 dipendente;
- artt. 81 cpv, 61 n.2, 110 e 326 commi 1 e 3 cp; artt. 81 cpv, 110, 479 e 476 comma 2 cp; artt. 61 n. 2, 110, 112 n.1 e 326 commi 1 e 3 cp; artt. 110, 112 n.1, 479 e 476 comma 2 cp; artt. 81 cpv, 110, 112 n. 1 479 e 476 comma 2 cp; artt. 61 n. 2, 110 e 326 c.p. artt. 61 n. 2 e 326 commi 1 e 3 cp; artt 110, 479 e 476 comma 2 cp; artt. 56, 110 e 314 cp: Rinvio a giudizio per n. 2 dipendenti;
- artt. 640, comma 2, n.1 cp e 55 quinqies, comma 1, D.Lgs. 165/2001 e smi: rinvio a giudizio per n. 1 dipendente

Ai fini del **controllo**, inteso come verifica finalizzata alla correttezza ed efficacia delle azioni, il R.P.C. nel 2018 ha stabilito di incontrare singolarmente i Responsabili di Struttura.

Gli incontri con le singole Strutture sono continuati anche nel 2019

Nel 2018, si è confrontato con la UO Attività Tecniche- Acquisizioni Beni e Servizi, per un raffronto sulle tematiche della Prevenzione della Corruzione connesse alle attività programmatiche proprie della UOC. All'incontro, presenti oltre il Direttore della UOC anche varie Posizioni Organizzative afferenti la medesima UO, è stato partecipato da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, la Direttiva Programmatica sull'attività di

Vigilanza ANAc nell'anno 2018, declinante le principali tematiche che verranno prese in considerazione nella prosecuzione dell'attività di vigilanza su Asl, Aziende Ospedaliere etc. Contestualmente è stata affrontata la problematica relativa alla programmazione degli acquisti di forniture e servizi per il biennio 2018-2019, coordinato con il programma annuale e pluriennale delle attività di Umbria Salute (CRAS), con il piano integrato delle iniziative di acquisto nazionale della CONSIP e del tavolo dei Soggetti Aggregatori (DPCM 24.12.2015). Nello specifico la UOC ha fatto presente che le maggiori difficoltà riscontrate derivano dal fatto che Umbria Salute ancora non è a pieno regime e pertanto nelle more dell'attivazione delle procedure ad essa demandate, l'Azienda deve comunque attivarsi autonomamente, con il ricorso a gare ponte ovvero a trattativa diretta, rendendo pertanto difficile il rispetto delle attività programmate, nonché delle linee guida Anac relativamente agli affidamenti diretti, cui l'azienda ha dovuto ricorrere per garantire la piena funzionalità.

Nel mese di giugno 2019, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha incontrato i Responsabili dei 6 Distretti territoriali e dei Dipartimenti di salute mentale, così come nel mese di settembre ha incontrato i Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri.

In occasione Dell'incontro con i Direttori dei Distretti e del Dipartimento di Salute mentale, del 2019, sono state prese in esame le attività a maggior rischio corruttivo afferenti tali strutture (riportate nel vigente PTPCT) e ne sono state analizzate le misure di sicurezza associate, la tempistica e soprattutto l'efficacia delle azioni individuate quale monitoraggio e valutazione.

Le riunioni sono terminate con l'impegno dei rispettivi Referenti individuati di relazionare al RPC, di riepilogare le considerazioni emerse durante l'incontro e di dettagliare la quantificazione dei controlli quale verifica, appunto, del rispetto della tempistica associata ad ogni singola fattispecie.

L'incontro 2019 con i Direttori di Dipartimento Ospedaliero, ha avuto invece come punti all'Ordine del Giorno, sia la diffusione e conoscenza delle azioni inserite nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione che, l'individuazione degli indicatori per conseguire l'obiettivo "Promuovere cultura e prassi in materia di prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni", inserito nelle schede di budget di tutti i Direttori di Dipartimento.

Nel corso del secondo semestre 2019, il RPC, anche su impulso dell'allora Vertice aziendale, ha di nuovo programmato incontri, questa volta con tutte le UOC aziendali per approfondire ulteriormente le singole tematiche già da esse attenzionate ed elencate nell'allegato e quelle riprese dai Piani Nazionali Anticorruzione 2016 e precedenti. Sono state consegnate altresì le schede predisposte da Agenas e destinate a verificare la completezza del PTPCT e del grado di applicazione all'interno delle strutture. Le stesse sono state restituite debitamente compilate. Tali incontri frontali hanno di fatto sostituito la seconda riunione plenaria con i Referenti aziendali.

8.1 Attività di carattere generale

Con Delibera del Direttore Generale n. 541 del 10/04/2019, l'Azienda ha aggiornato il codice di comportamento dell'Azienda UsI Umbria 1.

L'aggiornamento del Codice di Comportamento dell'Azienda USL Umbria 1, è stato redatto in adempimento di :

- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165”
- Linea guida espresse dall’ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione) del 29 marzo 2017, recepita con determina 358//2017 “Linee guida per l’adozione dei Codici di Comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”;
- Documento del 17 luglio 2014 della Conferenza Unificata Stato Regioni, in materia di conflitto di interesse;
- “Manifesti di Responsabilità Disciplinare del Personale del Comparto e del Personale della Dirigenza”,
- dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- dal Piano Risk Management vigente e aggiornato nel periodo,
- dai Regolamenti e Procedure adottate dall’Azienda per disciplinare i comportamenti dei dipendenti/collaboratori aventi rilevanza nei rapporti con l’Azienda (regolarmente pubblicati rispettivamente, nel sito Aziendale della pagina dedicata alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e nel Download dei Documenti alla intranet Aziendale);
- “Testo unico sul Pubblico impiego” D.Lgs 165/2001”;

L’aggiornamento del codice di comportamento ha rappresentato una delle “azioni e misure” principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello aziendale, secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione.

Il “Codice” è stato predisposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione in collaborazione con le Unità Operative “Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri”, “Risorse Umane Trattamento Giuridico Personale Dipendente” e “Risorse Umane Trattamento Economico Personale Dipendente – Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate”, e partecipato ai Responsabili degli “Uffici dei Procedimenti Disciplinari” ed ai Referenti indicati nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione per eventuali suggerimenti ed integrazioni.

Il Codice esprime gli impegni e le responsabilità etiche assunte dai dipendenti e da tutti i collaboratori a vario titolo dell’Azienda e definisce i criteri ed i modelli uniformi di comportamento per tutte le attività.

L’Azienda USL Umbria 1, con tale atto , richiede a tutti i suoi dipendenti/collaboratori, nel rispetto delle specifiche competenze di ognuno, di riconoscere, promuovere, realizzare e garantire la diffusione dei valori fondamentali dell’integrità, dell’onestà, della legalità, dell’uguaglianza, della trasparenza, della sussidiarietà, della valorizzazione del merito e delle competenze individuali, nonché del rifiuto di ogni ingiusta discriminazione, violenza, abuso e/o attenzione impropria.

Ampio spazio è stato dedicato alla definizione del conflitto di interesse calato nella realtà aziendale.

Altri importanti adempimenti adottati nell’anno 2019

DDG 58/2019 Regolamento per l’attività legale e la tutela in giudizio dell’Azienda.	Per sopravvivere, in materia di affidamento di servizi legali, della nuova disciplina contenuta nel D.Lgs. 18/04/2016, n°50 (c.d. “Codice dei contratti pubblici”) e parere numero 02017 del 03/08/2018 del Consiglio di Stato –Adunanza della Commissione speciale del 9 aprile 2018, da ultimo recepito dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con le Linee guida n. 12 “Affidamento dei servizi legali” (approvate dal Consiglio dell’Autorità con delibera n. 907 del 24 ottobre 2018
DDG 141/2019 Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) USL Umbria1. Rinnovo.	Con mandato anche di formulare una ipotesi di applicazione dell’art. 260 “Sportelli anti-mobbing” della LR n. 9 del 11/4/2015, come modificata e integrata dalla LR n.9 del16/11/2018 alla Direzione Aziendale
DDG 203/2019 Performance organizzativa:	Perché il budget rappresenta lo strumento fondamentale a disposizione

programma Annuale di Attività dei Distretti e Dipartimenti (Budget) Anno 2019 - Assegnazione degli obiettivi e delle risorse alle Macrostrutture Aziendali	della Direzione Aziendale per l'attività di monitoraggio del processo gestionale, in quanto permette di verificare le attività svolte, controllare i risultati raggiunti ed individuare le criticità nel funzionamento dell'Azienda
DDG 247/ 2019Adozione Piano triennale del patrimonio 2019-2021 ai sensi Art. 87, comma 3 . Legge Regionale 9 aprile 2015, n. 11.	In esecuzione della L.R. 11/2015 e della L.R. 17 agosto 2016, n. 10
DDG 336/2019 Misure di efficientamento della spesa sanitaria - azioni intraprese e risultati conseguiti nell'esercizio 2018.	Così come previsto dall'allegato 1 della DGR 1252 del 30.10.2017, delle azioni più significative intraprese per la razionalizzazione della spesa sanitaria e dei risultati conseguiti in termini economici nell'esercizio 2018 dai Centri di Risorsa Aziendali indicati in narrativa
DDG 370/2019 Procedura per la gestione dei Reclami anno 2019	Per ottimizzare le performance aziendali , di agevolare il rapporto tra l'Azienda ed il cittadino, e migliorare l'attività di relazione con il pubblico e la procedura per la gestione dei reclami.
DDG 427/2019 Programma degli acquisti di forniture e servizi per il biennio 2019-2020, coordinato con il programma biennale delle attività di Umbria Salute (CRAS) e con il piano delle iniziative di acquisto nazionale della CONSIP e del tavolo dei Soggetti Aggregatori. Approvazione ai sensi dell'art.21 del D.Lgs. n.50/2016 e smi.	In ossequio alla Legge Regionale dell'Umbria n.9 del 30.4. è stata disposta la costituzione, fra tutte le Aziende sanitarie regionali, di una società consortile a responsabilità limitata denominata "Umbria Salute", secondo il modello comunitario dell'in house providing, alla quale sono stati attribuiti una pluralità di servizi di interesse generale preordinati alla tutela della salute, e che, ai sensi dell'art.9 della legge medesima, svolge anche le funzioni di Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità (CRAS).
DDG 480/2019 Regolamento per la riscossione dei crediti conseguenti a decisioni di condanna della Corte dei Conti. Determinazioni	In ossequio al Decreto Legislativo 26/08/2016, n°174, contenente il c.d. "Codice di Giustizia Contabile", entrato in vigore il 07/10/2016 ed alle comunicazioni operative della Procura Regionale della Corte dei Conti presso la Sezione Giurisdizionale per l'Umbria, ad oggi, inverantesi nelle LINEE GUIDA PER L'ESECUZIONE DELLE SENTENZE DI CONDANNA DELLA CORTE DEI CONTI
DDG 784/2019 Nucleo Ispettivo Aziendale . Rinnovo.	Per effettuare verifiche a campione sui dipendenti delle pubbliche amministrazioni, finalizzate all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni di cui ai commi da 56 a 65, le amministrazioni si avvalgono dei rispettivi servizi ispettivi .Analoghe verifiche sono svolte dal Dipartimento della funzione pubblica che può avvalersi, d'intesa con le amministrazioni interessate, dei predetti servizi ispettivi, nonché, d'intesa con il Ministero delle finanze ed anche ai fini dell'accertamento delle violazioni tributarie, della Guardia di finanza
DDG 915/2019 Istituzione .Comitato interaziendale controllo documentazione sanitaria.	d'intesa con l'Azienda USL Umbria n. 2, quale organismo interaziendale a supporto delle attività di controllo tecnico svolte dall' Azienda Sanitaria n. 1 e dall'Azienda Sanitaria n. 2, che avrà il compito di effettuare il controllo di qualità, completezza e congruità della documentazione sanitaria inerente i ricoveri e la specialistica ambulatoriale acquistata dalle strutture private accreditate, nonché dei casi per i quali emergerà una necessità di approfondimento
DDG 1145/2019 Recepimento linee guida per il rafforzamento della trasparenza e la prevenzione della corruzione in materia di concorsi e selezioni pubbliche nel sistema regionale umbro, approvate con DGR 946 del 1.8.2019 ed ulteriori disposizioni.	Con l'approvazione di tale atto, le procedure concorsuali / selettive avviate e momentaneamente sospese ai sensi di precedente DGR 604/19 possono essere portate a conclusione gestendole con modalità operative idonee a conciliare le rispettive esigenze di completamento con il rispetto dei principi ed indicazioni delle linee
DDG 1236/2019 "Linee guida per il rafforzamento della trasparenza e la prevenzione della corruzione in materia di concorsi e selezioni pubbliche nel sistema regionale umbro,	Con l'approvazione di tale atto è stato adottato il regolamento contenente le modalità operative di attuazione delle Linee Guida Regionali di cui alla DGR 946/19 recepita con la delibera n. 1145 del 06.09.2019.

approvate con DGR 946/2019. Azione misure operative relativamente alle procedure concorsuali .”	
DDG 1233/2019 Approvazione nuovo Regolamento “Disciplina conferimento incarichi di collaborazione a norma art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001”	Con tale atto è stato aggiornato il Regolamento “Disciplina conferimento incarichi di collaborazione a norma art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001” per adeguamento alle linee guida regionali
DDG 1244/2019 “Approvazione nuovo regolamento .Stipula contratti a tempo determinato Personale Comparto a seguito adeguamento linee guida regionali.	Con tale atto è stato approvato il regolamento in parola per a per adeguamento alle linee guida regionali
DDG 1246/2019” Approvazione nuovo regolamento Stipula contratti a tempo determinato Personale Dirigenza. a seguito adeguamento linee guida regionali.	Con tale atto è stato approvato il regolamento in parola per a per adeguamento alle linee guida regionali
DDG 32/2020 “Verifiche Ispettive Casse CUP anno 2020 “	Con tale atto è stato approvato il Gruppo di Lavoro per l’effettuazione delle verifiche ispettive presso le casse CUP aziendali

Da ricordare che molte delle azioni di controllo previste con una scadenza fissa, ora diventano periodiche come valido strumento di controllo. Un esempio è costituito dalla 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”.

I moduli adottati con la DDG n° 1524 del 28/12/2016 sono:

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, e sottolineando la sinergia tra i sistema di valutazione delle performance e la Prevenzione della Corruzione.

A questo punto occorre ricordare e prendere atto della Delibera ANAc 586 del giugno 2019 “Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l’applicazione dell’art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019” in base alla quale sono state formulate le seguenti indicazioni a modifica e integrazione di quelle contenute nella delibera n. 241/2017 , in ordine alle informazioni soggette a pubblicazione; nello specifico

omissis ... “Alla luce di questa chiara indicazione della Corte, proprio in virtù del cambio di passo sulla trasparenza dei dati dei dirigenti segnato dal d.lgs. 97/2016, anche la dirigenza sanitaria è certamente attratta nella disciplina dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013.

Il criterio per individuare i dirigenti del SSN assoggettati alla disciplina dell’art. 14, tuttavia, va rivisto rispetto alle indicazioni date con la delibera n. 241/2017 alla luce del criterio introdotto dalla Corte della distinzione fra i diversi tipi di incarichi, apicali e non apicali.

I dirigenti del SSN che rivestono le posizioni elencate dall’art. 41, co. 2 d.lgs. 33/2013, ossia il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture complesse, in quanto titolari di posizioni apicali, ovvero al vertice di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e non (“dirigenti apicali”), sono interamente assoggettati all’art. 14, co. 1, ivi compresa la lett. f), come previsto dalla Delibera 241/2017. Diversamente, i dirigenti di strutture semplici non sono assoggettati alla lett. f).

Rimangono totalmente esclusi dall’applicazione dell’art. 14 i dirigenti del SSN, a qualunque ruolo appartengano, che non rivestono alcuna delle posizioni indicate all’art. 41, co. 2.”.....omissis...

Per tale motivo l’Azienda, sia per la non piena operatività del sistema GURU, attraverso il quale si sarebbero dovute raccogliere le informazioni dettagliate nella DDG 1524 del 28/12/2016, sia per la loro delicatezza, ha proposto la istituzione di un tavolo regionale con tutti i Soggetti interessati , al fine di dare omogeneità di azione in tale campo, mutuando comportamenti già posti in essere in altre regioni, ma soprattutto tenuto conto anche che:

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome 19/184/CR5a/C1 del 7/11/2019 ha inteso istituire una delegazione politico- tecnica dandole di approfondire con Anac i seguenti aspetti

1. in via principale, l’abrogazione del comma 1bis dell’art. 14 del D.lgs. 33/2013 che estende ai dirigenti le stesse forme di pubblicità originariamente previste per i titolari di cariche politiche;
2. in via subordinata, l’introduzione di un principio limitativo del concetto di “apicalità”, riprendendo i contenuti dell’art. 1, comma 2, lett. i) del d.lgs. n. 39/2013 o altra formula adeguatamente precisa e ristretta;
3. in via ulteriormente subordinata, l’introduzione di forme alternative di pubblicità come suggerito dalla Corte medesima, quali ad esempio il deposito dei dati presso l’Amministrazione (senza pubblicazione);
4. l’ordinanza del Tribunale Amministrativo del Lazio (sezione prima) Pubblicato il 21/11/2019 ha accolto in parte l’istanza di sospensione cautelare del provvedimento della Asl di Matera in cui si impone la pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti sanitari titolari di struttura complessa, rinviando la trattazione del merito del ricorso all’udienza pubblica del 22 aprile 2020.

9. CONSIDERAZIONI SU MISURE TRASVERSALI E/O ESCLUSIVE

Posto comunque che non esiste un sistema di prevenzione perfetto (cioè in grado di azzerare il rischio) e che, se anche disponessimo di strumenti di valutazione affidabili o avessimo a disposizione misure di prevenzione efficaci e attuabili al 100%, le Pubbliche Amministrazioni, che devono garantire la gestione dei procedimenti e l'erogazione dei servizi, non possono far altro che assumersi il rischio della corruzione.

Diventa quindi necessario capire come si genera la corruzione, per identificare tempestivamente gli eventi corruttivi che si verificano nonostante l'esistenza di un sistema di prevenzione.

La valutazione del rischio, come la qualità, si concentra sui processi. L'analisi degli inneschi si concentra sugli interessi in gioco, interni ed esterni alla pubblica amministrazione e sulle relazioni che "supportano" tali interessi.

E' per tale motivo che se gli eventi corruttivi sono *innescati* dai conflitti di interessi, allora mappare i processi, all'interno dei quali si annidano indispensabilmente *interessi tanto del funzionario pubblico che dei soggetti che ad esso si rivolgono*, è la prima cosa da fare.

Mentre ***nell'allegato 1*** sono state mappate le attività riconducibili ai rispettivi settori di intervento a maggior rischio corruttivo, ed essendo la realtà sanitaria molto complessa, nei piani precedenti si è anche provveduto a mappare sia le azioni a carattere generali che trasversali alle varie area di intervento, suggerite sia dalla legge 190/2012 che dai Piani Nazionali Anticorruzione.

Tale attività pur non essendo esaustiva, data la complessità di una realtà che eroga servizi socio- sanitari, ha rappresentato comunque un primo passo di declinazione delle principali attività di intervento, che nel corso dei vari aggiornamenti si è cercato di perfezionare, assumendo il punto di vista dell'organizzazione: si presuppone che le persone siano oneste, ma che i processi in cui le persone sono coinvolte siano vulnerabili alla corruzione.

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	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 2019 era previsto il rispetto delle prescrizioni contenute nei PTPCT; è già stata richiesta la valutazione del RPC, sul rispetto degli adempimenti previsti. Per il 2019, il RPCT ha definito indicatori specifici per la misura del raggiungimento dell'obiettivo. 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 Personale del comparto	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
Codice di comportamento	Nel corso del 2017 è stato aggiornato il manifesto dei provvedimenti disciplinari DDG 1512 del 15/11/2017; l'aggiornamento del Codice di comportamento è stato effettuato nel 2019			

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Monitoraggio annuale sull' 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 2018 è stato licenziato per motivi disciplinari un dipendente. Semestralmente i Presidenti degli UUPPDD aggiornano il RPC , così il Responsabile dell'Ufficio Legale aggiorna lo stato dei procedimenti penali attivati nei confronti dei pubblici dipendenti per reati contro la PA	Semestrale	Dirigenti U.O. Risorse umane, in collaborazione con il RPC	Relazioni semestrali
	Formazione dei Dirigenti e Responsabili delle Posizioni Organizzative per la corretta conoscenza e applicazione del Codice nel 2019 è iniziata la formazione del personale che sarà completata nel 2021			
	Particolare attenzione è stata dedicata al conflitto di interesse dandone ampia rilevanza e spiegazione , tenendo in debita considerazione le indicazioni ANAc. I Dirigenti interessati raccolgono sistematicamente dagli operatori la dichiarazione di insussistenza di conflitto di interesse: es per componenti commissione di concorso/avviso/ gara, per GdL per stesura capitolati di gara , per personale individuato alla gestione dei contratti etc....			

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Rotazione del personale	<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. Nel corso del 2018 non si è proceduto ad alcun conferimento di incarico, salvo alcune eccezioni dovute alla necessità ed urgenza di sostituzione pensionamenti, in quanto è intervenuto il nuovo CCNL del personale del comparto che ha sostanzialmente modificato il quadro normativo di riferimento. Tra le posizioni attribuite si rileva quella denominata "Controllo Attività extraistituzionali ed occasionali personale dipendente/ Rapporti di Lavoro Atipici" . E' in corso di partecipazione alle OOSS il nuovo regolamento per l'assegnazione degli incarichi che presumibilmente avverrà nel corso del 2019. Nel corso dell'anno 2018 sono stati conferiti e/o rinnovati n. 63 incarichi dirigenziali di cui n. 33 possono rispondere al principio della rotazione in quanto n. 7 derivano da riorganizzazione/accorpamento di strutture e n. 26 sono nuovi incarichi attribuiti mediante avvisi o comunque a soggetti diversi. 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 2019 hanno ruotato i membri dei gruppi di Lavoro e di audit del Servizio ISP nel 2016 quello PSAL.</p>			

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	<p>Nei comuni interessati dalle elezioni amministrative, è stato ruotato il personale e l'attività di vigilanza programmata che 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, quando possibile, 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 2018 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>			
	<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 era avvenuto per il PSAL.</p>	Biennale	Dirigenti responsabili	Numero delle squadre variate Programma di vigilanza predisposto Check list predisposta, numero di audit
	<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	Dirigenti responsabili e Dirigente dell'U.O. Gestione del personale	(numero delle azioni intraprese) / (numero dei casi verificatosi)

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	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. Nel 2018 è Sono stati inseriti criteri più stringenti per l'autorizzazione in particolar modo per il conflitto di interessi. E' stata istituita la posizioni denominata "Controllo Attività extraistituzionali ed occasionali personale dipendente/ Rapporti di Lavoro Atipici" , in quanto ritenuta necessaria per la delicatezza trattata e i suoi possibili risvolti anche in materia di prevenzione della corruzione. E' in corso di rielaborazione il nuovo regolamento.	31 dicembre 2020	Dirigente U.O. Risorse umane	Definizione del sistema di monitoraggio
Conferimento e autorizzazione incarichi	Monitoraggio sulle dichiarazioni rese a vario titolo dai collaboratori dell'Azienda	Annuale	Dirigenti Responsabili	Numero dei controlli effettuati
Attività successive alla cessazione dal servizio	Il patto di integrità, adottato con il Piano 2017, 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.			
Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)	Verifica del sistema di protezione del whistleblower interno o esterno all'Azienda che segnala eventuali condotte illecite (art. 54 bis del d.lgs. n. 165 del 2001 , Codice di comportamento aziendale e Legge 179/2017).	Sistema in funzione dal mese di aprile 2019	R.P.C. e Resp. Sistemi informativi e informatici	Effettiva protezione dell'anonimato del dipendente pubblico e soggetto esterno che segnala illeciti
Formazione del personale	Sta proseguendo il percorso di formazione iniziato nell'anno 2014, suddiviso in due grandi categorie: Formazione specialistica attraverso percorsi articolati, destinata alle figure principali della prevenzione della corruzione: <ul style="list-style-type: none"> R.P.C., 	annuale	R.P.C. UO "Formazione e Sviluppo Risorse	Numero dei corsi svolti Numero dei discenti che hanno partecipato

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	<ul style="list-style-type: none"> • Referenti per la Prevenzione della Corruzione ed Operatori struttura di supporto al RPC; • Responsabile della Trasparenza; • I Dirigenti e le Posizioni organizzative e gli Operatori da questi individuati delle aree a maggior rischio; • I Dirigenti delle Strutture Operative dell'Area centrale, e i Dirigenti dei Dipartimenti sanitari e delle relative Strutture complesse. <p>Formazione generale nel 2019 sono proseguiti i corsi rivolti al personale amministrativo e sanitario, del comparto e dirigenziale delle varie strutture aziendali. I temi trattati sono stati quelli riferiti alle novità contrattuali, al diritto di accesso e trasparenza, alle disposizioni nazionali ed aziendali su anticorruzione e sull'aggiornamento del Codice di comportamento.</p> <p>Detta formazione, 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, ha visto la partecipazione di oltre 700 persone</p> <p>Per l'anno 2020 verranno proposti altri moduli formativi, tenuto conto anche delle novità normative ed organizzative nel frattempo intervenute</p>			
Patti di integrità negli affidamenti	E' già stato inserito negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito il patto di integrità, 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
Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	<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, e sono state collaudate le procedure per ottemperare alla L. 179/2017, in vigore da aprile 2019</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 i moduli per la segnalazione di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto d'interessi, sia per i dipendenti che per i cittadini.</p> <p>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 modificato dal D.lgs n. 97/2016: si è proceduto alla</p> <p>- revisione/integrazione del Regolamento sull'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi (Adottato con DDG n°1303 del 9 ottobre 2017)</p>	10 giorni dall'adozione	Responsabili Trasparenza e Prevenzione Corruzione	Pubblicazione

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Monitoraggi interni di ogni unità operativa	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: <ul style="list-style-type: none"> • di rilevanza disciplinare ne dà tempestiva comunicazione all'Ufficio procedimenti disciplinari per i necessari provvedimenti, • di responsabilità contabile, presenta tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei conti, • con ipotesi di notizia di reato ne dà tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia giudiziaria. • Verifica che non sussistano situazioni di incompatibilità 	Decorrenza immediata dall'adozione del P.T.C.P. da concludere entro la fine di ogni anno	Tutti i dirigenti di Macrostruttura, Dipartimenti e U.O. delle aree centrali e di staff in collaborazione con il R.P.C.	Numero delle segnalazioni
	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 richieste di assegni familiari e sono state previste, ed effettivamente realizzate, le seguenti tipologie di controlli:</p> <p>- 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;</p> <p>- puntuali:</p> <p>a) (su ogni istanza) prima dell'erogazione del beneficio, per tutte le domande di riconoscimento di arretrati riferiti a periodi precedenti</p> <p>b) in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.</p> <p>In particolare sono stati effettuati controlli in materia di autocertificazioni relative a richieste di assegni familiari, di cui all'atto deliberativo n. 1148/2016.</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. 62/2013 “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 541/2019 avente ad oggetto “Adozione del Codice di Comportamento dell’Azienda USL Umbria 1”:</p> <p>Modulo A - <i>“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”</i></p> <p>- Modulo B - <i>“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”</i></p> <p>- Modulo C – <i>“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”</i></p> <p>- Modulo D – <i>“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”</i></p> <p>- Modulo E – <i>“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”</i></p>				
Monitoraggio dei rapporti amministrazione/ soggetti esterni	Raccolta delle dichiarazioni dal personale interessato	Annuale	Dirigenti responsabili	N° delle dichiarazioni raccolte
	Per la predisposizione dell’aggiornamento del Piano 2020/2022 sono stati invitati a proporre suggerimenti gli Enti del Terzo settore.	Annuale	Responsabile U.O. gestione del personale; RPC	Modelli predisposti
	E’ stato costituito il Nucleo Ispettivo Aziendale, , che ha fra i suoi compiti “ il controllo 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 anticorrottivi.	annuale	Il coordinatore del Nucleo ispettivo	Numero dei controlli effettuati, numero delle non conformità riscontrate
Controllo a campione ai fini della Prevenzione la corruzione	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	annuale	Il Responsabile del Servizio	Numero dei controlli effettuati, numero delle non conformità riscontrate
	Il Servizio di Medicina legale ha iniziato a verificare l’attuazione delle misure di rotazione dei membri delle Commissioni	annuale	Il Responsabile dell’ U.O. Medicina legale	N° dei controlli effettuati, N° delle non conformità riscontrate

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Riduzione della discrezionalità dei processi	I dirigenti devono favorire l'applicazione dei processi ad evidenza pubblica e trasparenti, che siano disciplinati da normative nazionali, regionali o inquadrati in regolamenti aziendali, in mancanza di tutto questo è necessario stabilire a monte i criteri che saranno seguiti, attraverso atto ad evidenza pubblica			
	Tutte le Delibere del Direttore generale e le Determinazioni dirigenziali sono dematerializzate ed il protocollo è elettronico e sono registrati tutti gli interventi effettuati			
	Ogni pagamento avviene tramite l'emissione di ordinativi informatici sul sistema contabile SAP previa Determinazione dirigenziale di liquidazione dei Responsabili dei Centri di responsabilità, fanno eccezione le spese indifferibili ed urgenti, liquidate mediante cassa Economale, nei limiti del budget assegnato, che rappresentano una minima parte delle spese sostenute e comunque riepilogate trimestralmente con apposita DDG.			
	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.			
	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 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 e presa d'atto Procedure acquisizione di beni e servizi sanitarie non da parte di CRAS " .			
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				

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 aggiudicatarie 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. Nel 2018 sono state predisposte le check list per i controlli a campione: ristorazione ,rifiuti e pulizie. Si sta predisponendo l'informatizzazione delle le check list al fine di renderle capillari il più possibile	31 dicembre 2020	DEC	Numero dei modelli predisposti
	Completamento dell'addestramento del personale addetto alla verifica dell'"avvenuta prestazione"	31 dicembre 2021	DEC	Numero degli operatori addestrati
Monitoraggio sull'adempimento degli obblighi di trasparenza	- Verifica trimestrale dell'aggiornamento delle informazioni, che se non pubblicate rendono inefficaci gli atti di riferimento ed impediscono i pagamenti. - Verifica annuale check-list - modello con voci dell'allegato 2)	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	Verifica entro il 31marzo e pubblicazione entro il 30 aprile di ogni anno (solitamente)

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. Dopo il cd. Concorsopoli, la Regione Umbria ha dettato nuove linee guida sia per la composizione delle Commissioni che per lo svolgimento dei concorsi/avvisi e conferimento incarichi. La Ausl Umbria 1 ha recepito con appositi atti le linee guida sopra citate. Il Settore, se pur già fortemente disciplinato, ha dimostrato delle lacune come Concorsopoli ha dimostrato			
	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 per cui sono in corso provvedimenti disciplinari.			
Sostituzioni art. 18	Nel secondo semestre 2018 è stato adottato il regolamento per la nomina dei sostituti ai sensi dell'art. 18 del CCNLL . A gennaio 2019 è stata adottata la Delibera di ratifica dell'attribuzione di tali incarichi .			
	Rotazione degli incarichi e/o stabilizzazione degli stessi, per le strutture che permettono tali provvedimenti	31 dicembre di ogni anno	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero incarichi ruotati e /o stabilizzati
Istituto della mobilità	E' stata Prevista la costituzione di apposita Commissione per la valutazione delle istanze presentate			
Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali.	Aggiornamento del regolamento, comprendendo anche la regolamentazione del part time e dei rapporti non esclusivi	31 dicembre 2020	Dirigenti U.O. Risorse Umane	Regolamento aggiornato
Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano, considerato il rischio medio alto delle fasi sopra descritte in aggiunta alle misure già in attuazione, di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:				

Reclutamento personale a qualsiasi titolo	Nel Settembre 2019, l'Azienda con specifici atti ha recepito le linee guida a seguito di Concorsopoli. Nel corso del 2020 sarà monitorata l'applicazione di tali nuove direttive	Annuale	RPC	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Acquisizione di beni e servizi e gestione del contratto (comprese le gare di affidamento dell'assistenza domiciliare e gestione delle strutture), le attività per loro natura dati gli importi in gioco, sono considerati a rischio medio/alto				
<p>Gli acquisti sono regolati dagli strumenti della programmazione aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ il documento di programmazione e il bilancio pluriennale di previsione; ✓ il bilancio preventivo economico annuale; ✓ il programma pluriennale delle forniture ai fini della programmazione degli acquisti; ✓ Il Piano del Fabbisogno di Personale triennio 2019/2021; ✓ i programmi annuali di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi, i progetti operativi annuali; ✓ 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; ✓ il programma delle attività e degli investimenti inserito nel documento di programmazione previsto dall'articolo 3 della L.R. n. 51/1995; ✓ gli accordi ed i contratti con le strutture sanitarie erogatrici, pubbliche e private accreditate. 				
Definizione dei Fabbisogni (fase comune alle procedure di gara per affidamento forniture/servizi)	<p>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. Sta aumentando la consapevolezza da parte del personale sanitario dell'esigenza di compattare ed uniformare le richieste.</p> <p>Negli atti di indizione della gara è indicato chi ha trasmesso le caratteristiche tecniche di minima del prodotto da acquistare. Il capitolato viene sempre inviato tramite mail e quindi è tracciato</p>			
Procedure di gara previa pubblicazione del bando (o avviso esplorativo)	<p>Stato attuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). - Per SOTTO SOGLIA: utilizzo Piattaforma MEPA (ove presente metaprodotto). - Pubblicazioni avvisi su sito aziendale. 			

<p>Procedure di gara senza previa pubblicazione del bando</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pubblicazione dati e diffusione informazioni. - 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. - Trasmissione di tali autodichiarazione all'ufficio personale ai fini dell'effettuazione dei relativi controlli. - Utilizzo di una scheda istruttoria preliminare agli acquisti ai fini della omogeneizzazione delle valutazioni inerenti la procedura da effettuare. - Sottoscrizione da parte del fornitore del Patto di Integrità predisposto. 			
<p>Attività verifica e controllo requisiti fornitori / appaltatori</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Controllo sulle autodichiarazioni di possesso dei requisiti generali, professionali, economico-finanziari ecc. in fase di aggiudicazione: - Avvio esternalizzazione verifica tramite AVCPass - Verifica della permanenza possesso requisiti generali, in fase di stipula del contratto - Verifica del permanere del possesso requisiti ai fini della liquidazione delle fatture (regolarità DURC) - Verifiche ai sensi del D.Lgs. n.159/2011, art.86. e s.m.i. 			
<p>Selezione del contraente</p>	<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 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. In caso di affidamento diretto l'atto viene inviato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione .</p>			
<p>Autorizzazione al subappalto (compresa la fase di verifica dei requisiti in capo al subappaltatore)</p>	<p>L'autorizzazione al subappalto può essere concessa nei termini previsti dalle norme vigenti previa sottoscrizione anche da parte del subappaltatore del protocollo di legalità</p>	<p>annuale</p>	<p>Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi</p>	<p>Numero di protocolli sottoscritti/numero di sub appalti concessi</p>

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 stabilisce 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	31/12/2020	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Procedura predisposta
	Elenchi aperti elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione. Nel 2019 è stato definito il regolamento per la predisposizione degli elenchi degli avvocati per la tutela legale dipendenti. Nel 2016 l'Azienda ha deliberato di attingere all'elenco regionale dei professionisti di cui all'art. 21 della L.R. n. 3/2010 e nel 2018 di attingere agli Albi regionali sia delle imprese che dei professionisti	31 dicembre 2021	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero di elenchi aperti
	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

	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
	<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	Nel 2018 il NIA ha segnalato alcuni rilevi , che hanno portato all'aggiornamento dei modelli base delle Determine dirigenziali
Gestione lavori pubblici (ampliamento, ristrutturazioni, nuove costruzioni, manutenzioni straordinarie)	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. Si è preferito privilegiare la sottoscrizione di accordi quadro nel quali far confluire i lavori di manutenzione	annuale	Responsabile U.O. Attività tecniche - Acquisiti beni e servizi	Rapporto fra gli affidamenti diretti e il numero totale di affidamenti
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.	Valgono le stesse regole riportate per l'acquisizione di beni e servizi.	annuale	Responsabile U.O. Attività tecniche - Acquisiti beni e servizi	<p>Rapporto fra gli affidamenti diretti e il numero totale di affidamenti</p> <p>Rapporto fra gli importi dei lavori affidati diretti e il numero totale di affidamenti compresi quelli relativi agli accordi quadro</p>
Affidamento incarichi professionali Rischio: medio alto	Valgono le stesse regole riportate per l'acquisizione di beni e servizi.	annuale	Responsabile U.O. Attività tecniche - Acquisiti beni e servizi	<p>Rapporto fra gli affidamenti diretti e il numero totale di affidamenti</p> <p>Rapporto fra gli importi dei lavori</p>

				affidati diretti e il numero totale di affidamenti compresi quelli relativi agli accordi quadro
Affidamento lavori Rischio: Alto	I principali lavori di manutenzione sono affidati mediante l'adesione alla gara CONSIP MIES ed accordi quadro. Le ditte devono essere preferibilmente individuate all'inizio dell'anno con la procedura applicabile a secondo gli importi, ma è preferibile utilizzare bandi pubblici. E' prevista la sottoscrizione da parte dei fornitori del protocollo di integrità			
Aquisto/affitto Immobili Rischio medio/alto	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.			
Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano, considerato il rischio medio alto delle fasi sopra descritte (acquisizione beni e servizi, gestione immobili, gestione patrimonio etc), in aggiunta alle misure già in attuazione, di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alle seguenti fasi:				
Costruzione del fabbisogno	Verifica eventuali conflitti di interesse del richiedente/proscrittore	Dirigente richiedente/ prescrittore	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Ricorso dell'affidamento in esclusiva	Verifica effettiva produzione in esclusiva del prodotto	Dirigente Farmacia	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Utilizzo farmaci con brand in presenza di farmaci generici	Motivazione ricorso farmaco griffato	Dirigente Farmacia	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Indipendenza commissione di gara	Verifica a campione delle dichiarazioni rilasciate dai Commissari	Dirigente UOC Attività Tecnica – Acquisti Beni e Servizi	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Gestione del Contratto	Verifica corrispondenza tra prestazione resa e quella contrattualmente prevista	Dirigente e UOC Area Economale	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
Manutenzione immobili e apparecchiature	Verifica a campione che la prestazione richiesta/ resa sia effettivamente necessaria	Dirigenti UOC Attività Tecnica e UOC Area Economale	Verifica annuale	Anomalie riscontrate

Acquisto/affitto immobili	Verifica caratteristiche immobili rispondente alle effettive esigenze	UOC Patrimonio	Verifica annuale	Anomalie riscontrate
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"> · Gestione Blocco Operatorio · Gestione delle liste di attesa per intervento chirurgico programmato · Gestione percorso preoperatorio in chirurgia programmati <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><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 per la consultazione delle quali si rimanda direttamente al link per la visione integrale delle stesse:</p> <p style="text-align: center;">http://intranet.uslumbria1.it/index.php/modulistica/category/215-procedure-general-aziendali</p>				
Liste di Attesa	Riduzione della percentuale delle prestazioni accettate rispetto a quelle prenotate	annuale	Dirigenti responsabili	Rapporto fra le prestazioni prenotate e quelle accettate
Liste di Attesa	Informatizzazione delle liste di attesa a livello distrettuale consultabili dal cittadino che ne fa richiesta.	annuale	Dirigenti responsabili	Numero delle liste di attesa predisposte
Liste di Attesa	Definizione delle modalità per fornire al cittadino informazioni sullo stato di avanzamento della propria domanda	Annuale	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta
Liste di Attesa	Verifica attività istituzionale effettivamente resa	Annuale	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta
Libera professione	Verifica prenotazione attività		Ufficio Libera Professione Responsabili servizi interessati	Rapporto visite prenotate/visite accettate
Libera professione	Verifica 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,	annuale	Ufficio Libera Professione Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate

	verifica dei tempi di attesa dell'attività istituzionale e modalità di comunicazione all'ufficio libera professione dell'eventuale superamento.			
Libera professione	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
Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano , considerato il rischio medio alto delle fasi sopra descritte , (gestione liste di attesa e libera professione) in aggiunta alle misure già in attuazione , di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:				
Liste di attesa	Definire e pubblicare i criteri per la presa in carico	annuale	Direttori Distretto	Pubblicazione
Libera professione	Rispetto orario di lavoro istituzionale da parte del Soggetto autorizzato all'Alpi	annuale	Dirigente Struttura	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
Libera professione	Confronto tempi di attesa prestazioni istituzionale rispetto alle medesime in Alpi	annuale	Direzione Sanitaria	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate

Strutture convenzionate	
Case di cura accordi contrattuali	<p>La nostra Azienda, anche per l'anno 2019 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>Attività di controllo tecnico-sanitario sui flussi informativi finalizzati alla compensazione dell'attività di ricovero erogata dalle Case di Cura Private: vengono effettuati mensilmente, con uno specifico sistema informatizzato, tutti i controlli previsti dal "Disciplinare Regionale per la compensazione della Mobilità Sanitaria Intraregionale". L'esecuzione delle procedure di controllo, effettuate su tutti i ricoveri addebitati, genera delle anomalie che vengono 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"> _ Anomalie relative ai dati anagrafici; _ Anomalie di attribuzione del DRG; _ Anomalie di tariffazione. <p>Le controdeduzioni fornite dalle Case di Cura sono attentamente valutate e i dati, una volta effettuate le modifiche, sono sottoposti nuovamente alle procedure di controllo. Dopo la convalida degli importi mensili, i dati definitivi vengono 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 ed alla verifica del rispetto delle condizioni contrattuali.</p> <p>Come previsto dal PTPCT 2018/2020, sono state applicate le seguenti procedure alle quali si fa riferimento nella gestione delle attività di competenza della compensazione della mobilità sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DDG 1033 del 21/09/2016 procedura PGA12/16 "Gestione della compensazione della mobilità sanitaria passiva intraregionale" - DDG 1519 del 28/12/2016 procedura PGA18/16 "Gestione della compensazione della mobilità sanitaria attiva intraregionale ed extraregionale". <p>Con DDG 1249 del 2019 l'Azienda Usl Umbria 1 ha emesso un Avviso di Manifestazione di Interesse, per l'acquisto di prestazioni ricomprese nei LEA e appartenenti a varie Branche di specialistica ambulatoriale finalizzato, come da indicazione regionale, all'abbattimento delle liste d'attesa. Azioni di miglioramento: monitorare le azioni di accreditamento</p>
<p>Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano, considerato il rischio medio alto delle fasi sopra descritte, in aggiunta alle misure già in attuazione, di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:</p>	

<p>Case di cura accordi contrattuali</p>	<p>Controlli per la verifica del rispetto e del permanere dei criteri di accreditamento secondo quanto previsto dalla DGR 3/2020</p>	<p>1 gennaio - 31 dicembre</p>	<p>Coordinatore Nucleo Ispettivo (Responsabile ISP) e Responsabile Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi</p>	<p>N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate</p>
<p>Specialistica convenzionata</p>	<p>Controllo formale sulle richieste dei MMG e verifica tra le prestazioni rese ed il fatturato della specialistica</p>			
	<p>Verifica dei criteri di validazione delle prestazioni rese a seguito di prescrizioni dematerializzate non è ancora conclusa.</p>	<p>Annuale</p>	<p>Responsabili servizi interessati</p>	<p>N° verifiche effettuate N° non conformità riscontrate</p>
	<p>Controllo del rispetto dei criteri definiti del rispetto e del permanere dei criteri di autorizzazione/accreditamento Con nota a firma della Direzione Sanitaria Aziendale, indirizzata al Servizio ISP Aziendale è stata richiesta la verifica della permanenza dei requisiti di autorizzazione all'esercizio delle Strutture private accediate con le quali sono in atto rapporti convenzionali ex art. 8 quinquies D. Lgs n. 502/92. Le attività di verifica sono in corso</p>	<p>Annuale</p>	<p>Responsabili servizi interessati</p>	<p>N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate</p>
<p>Attività Medici Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)</p>	<p>Sensibilizzazione ad aderire a protocolli informatici per l'aggiornamento dell'anagrafe sanitaria (cancellazione deceduti e immigrati per recupero quote)</p>	<p>Annuale</p>	<p>Responsabili servizi interessati</p>	<p>Verifica disponibilità tabulati</p>
	<p>controlli a campione dei riepiloghi delle PIIP (prestazioni di particolare impegno) dei MMG e PLS inseriti nella procedura informatizzata</p>	<p>Annuale</p>	<p>Responsabili servizi interessati</p>	<p>N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate</p>

Individuazione degli utenti aventi diritto ed assegnazione di beni (ausili e protesi ad es.) e servizi (ADI, trasporti sanitari)				
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
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 garati (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				
Concessione benefici economici				
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

Concessione benefici non economici				
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)			
Gestione sperimentazioni cliniche				
Gestione sperimentazioni cliniche	il regolamento aziendale vigente, già di recente aggiornamento, per sperimentazioni cliniche, sarà ulteriormente rivisto entro il 2020 per effetto dell'entrata in vigore del D.Lgs 52/2019			
	Autorizzazione visione dispositivi medici. 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. Il Decreto legislativo n. 52 del 14 maggio 2019 "Attuazione della delega per il riassetto e la riforma in materia di sperimentazione clinica dei medicinali ad uso umano" Tale Decreto rinvia all'AIFA la pubblicazione di una serie di adempimenti da mettere in campo nelle Aziende Sanitarie, in particolare la contrattualistica tra Azienda Sanitaria e Sponsor. L'AIFA si è espressa, attraverso il proprio sito web, circa le modifiche da applicare in data 30 ottobre. Si legge sul portale che tutti gli studi in essere, o che siano in corso di approvazione, possono seguire le attuali norme/regolamenti aziendali. Pertanto, non appena sul portale AIFA vi saranno linee di indirizzo più specifiche, nonché dopo aver consultato il Comitato Etico Regionale, si provvederà all'aggiornamento del Regolamento esistente in materia di sperimentazioni cliniche aziendale.			
	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

Gestione finanziamenti pubblici e privati				
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			
	Con Delibera n. 1031 del 2018 è stata effettuata l'adozione della Revisione periodica della Procedura Operativa denominata "Conferimenti, Donazioni e Lasciti vincolati ad Investimenti" e adozione Procedura Operativa denominata "Conferimenti, Donazioni e Lasciti di somme di denaro destinati a spese di natura corrente".			
Acquisizione di prestazioni e servizi sanitari e non presso terzi				
Trasporti sanitari Rischio: alto	<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"			
	E' in corso di perfezionamento il contratto per i trasporti sanitari in emergenza (118) e trasferimenti dagli Ospedali. E' stata espletata la gara per l'assegnazione alle associazioni non profit dei trasporti sanitari dal territorio anche per la zona nord, ma anche in questo i relativi contratti non sono stati perfezionati.			
Ulteriori misure: Il RPC ritiene che nel corso della validità del Piano , considerato il rischio alto delle fasi sopra descritte , in aggiunta alle misure già in attuazione , di predisporre ulteriori precauzioni relativamente alla seguenti fasi:				
Trasporti sanitari	Verifica rapporti economici volontari ed Associazioni	Annuale	DEC	N° Verifiche effettuate N° non conformità riscontrate
Rilascio Autorizzazioni				
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
	Verifica rispetto dei protocolli	annuale	Responsabili dei servizi	Numero protocolli aggiornati e check list predisposte
Attività di controllo e vigilanza				
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	Annuale	Responsabili dei servizi	Rapporto n° dichiarazioni / n° operatori
	Verifica rispetto protocolli vigilanza	Annuale	Responsabili dei servizi	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
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.	Annuale	Responsabili dei Distretti	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Spesa farmaceutica				
Spesa farmaceutica Ospedaliera e Territoriale Rischio: alto	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".			
	Verifica, come da obiettivo aziendale, dell'utilizzo di farmaci di pari efficacia e costo minore	Annuale	Responsabili Servizi farmaceutici	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate
	Verifica a campione delle scorte a reparto/magazzino	Annuale	Responsabili Servizi farmaceutici	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate

Incasso prestazioni sanitarie e non sanitarie				
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.</p> <p><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 .</p> <p>Più impegnativo riguarda il recupero del costo per le altre prestazioni.</p> <p>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> <p>Le azioni per il recupero dell'intero costo di esami di laboratorio analisi effettuati e non ritirati, al momento viene svolto manualmente nelle more dell'implementazione del software attualmente in uso per la registrazione degli stessi, mentre per il recupero degli esami di radiologia, effettuati e non ritirati, avviene attraverso il programma informatizzato. Si precisa comunque che da tutti i controlli effettuati il rischio, del non ritiro di esami effettuati, è 0.</p>			
	Verifica corrispondenza fra erogato ed incassato.	A random	Presidi Ospedalieri	Numero non conformità riscontrate
Utilizzo spazi nelle strutture				
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
Rapporti con soggetti esterni				
Rapporti con soggetti esterni (assistenza privata e	Sono stati predisposti i regolamenti sull'assistenza sanitaria, gestione camere mortuarie, uso degli auditorium e sala riunioni.			

gestione camera mortuaria,, etc.). Rischio: alto	<p><i>Utilizzo Camera mortuaria - Certificazione decessi ospedalieri.</i> Con Atto n. 1463 del 29/12/2015 è stato adottato il “Regolamento aziendale per la gestione della medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale”, al fine di omogeneizzare le procedure all'interno di tutti i Presidi e Stabilimenti ospedalieri e sostanzialmente affidando la gestione delle strutture mortuarie, alle rispettive direzioni sanitarie.</p> <p>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.</p> <p>Nel sopra citato regolamento è previsto proprio, tra l'altro , uno specifico modulo , di assunzione di responsabilità per la scelta dell'agenzia funebre, firmato dal parente del defunto, con valore di liberatoria nei riguardi dell'amministrazione.</p> <p>Con atto n. 651 del 09/06/2016 è stata indetta procedura negoziata per l'affidamento del servizio di trasporto , sepoltura e conferimento presso inceneritore di parti anatomiche a seguito della quale sono state individuate le agenzie disposte ad effettuare il servizio.</p>			
	Verifica dell'applicazione dei regolamenti	Annuale	Responsabili Strutture	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Affari legali e del Contenzioso				
Affari legali e del Contenzioso	<p>In Azienda è stata costituita l'Avvocatura interna e “Affari Legali e del Contenzioso” che patrocinava 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”.</p> <p>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”. Con delibera del Direttore Generale n. 91 del 23/01/2019 è stato adottato il nuovo regolamento sul patrocinio legale dei dipendenti resosi necessario alla luce dei recenti pareri del Consiglio di Stato e linee guida ANAc</p>			
	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 e al Responsabile Anticorruzione	Annuale	Responsabile IPAS Affari legali e del Contenzioso	Verifica tempi di trasmissione

10. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEL PIANO

La comunicazione riveste un ruolo strategico per l'attuazione delle politiche strategiche aziendali; è infatti uno strumento fondamentale per lo sviluppo di quella alleanza tra cittadini ed operatori sanitari.

In questo senso assumono particolare rilevanza le azioni tese a correggere l'asimmetria informativa tra professionista e cittadino, per migliorare le relazioni fra l'Azienda e i vari portatori di interesse (stakeholders).

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.

I Piani Aziendali anticorruzione, come da linee guida ANAC, sono pubblicati all'interno del sito web istituzionale, nell'albero della Amministrazione Trasparente, nella sezione "altri contenuti", "Prevenzione della Corruzione", nonché nella sezione "Disposizioni Generali" e dell'avvenuta pubblicazione ne viene data comunicazione alla Regione Umbria, alla Prefettura territorialmente competente, al Collegio Sindacale, al Nucleo di Valutazione Aziendale, gli Enti del Terzo settore e tutti gli operatori aziendali.

11. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI TRASPARENZA

a) Obblighi di pubblicazione

L'Azienda dà atto che, come anche ricordato da ANAC, la stessa Corte Costituzionale ha considerato che con la legge 190/2012 «la trasparenza amministrativa viene elevata anche al rango di principio-argine alla diffusione di fenomeni di corruzione» e che le modifiche al d.lgs. 33/2013, introdotte dal d.lgs. n. 97/2016, hanno esteso ulteriormente gli scopi perseguiti attraverso il principio di trasparenza, aggiungendovi la finalità di «tutelare i diritti dei cittadini» e «promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa».

Per tale motivo l'attenzione prestata dalla USL Umbria 1 relativamente all'adempimento degli obblighi di pubblicazione è massima.

Il Responsabile della Trasparenza, infatti, effettua periodicamente il monitoraggio sulle pubblicazioni obbligatorie da parte dei Servizi competenti e fornisce un costante supporto sia giuridico sia tecnico al personale ed ai Dirigenti.

Svolge, inoltre, due volte all'anno, 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”, di “Umbria Salute SCARL” e di Umbria Digitale Scarl”.

Con particolare riferimento agli obblighi di pubblicazione di cui all’art. 14 rubricato “Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali”, in base a quanto indicato con la delibera n. 586/2019 dell’ANAC, si è provveduto ad inserire nel sito le retribuzioni dei dirigenti per l’anno 2018.

Il Responsabile della Trasparenza, inoltre, aggiorna annualmente la tabella con l’indicazione dei Responsabili della pubblicazione, che viene allegata al PTPCT

b) Rapporti tra “Trasparenza” e “Trattamento dei dati personali”

L’ANAC dà particolare rilievo al rapporto tra “Trasparenza” e “Trattamento dei dati personali”.

L’attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve comunque avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all’art. 5 del Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati personali n. 679/2016 (liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza, adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati).

Al fine di non incorrere in violazioni della privacy, che potrebbero comportare l’apertura della procedura di Data Breach con conseguenti eventuali sanzioni a carico dell’Ente, il Responsabile della Trasparenza collabora strettamente con il Responsabile della Protezione dei Dati Personali, il quale fornisce il proprio supporto, sia in merito alle richieste di accesso civico generalizzato, qualora le stesse riguardino profili attinenti alla protezione dei dati personali, sia in merito a problematiche legate agli obblighi di pubblicazione, in applicazione di quanto previsto dall’art. 7 bis, co. 4, del D. L.vo 33/2013 il quale dispone che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione».

c) Accesso

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.

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

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

Nel corso dell'anno 2019 sono pervenute n. 7 richieste di accesso generalizzato e n. 2 di accesso civico semplice. Le richieste di accesso civico semplice, avevano ad oggetto dati già pubblicati e di ciò è stata data comunicazione al richiedente.

Si sottolinea peraltro che, a volte, pervengono richieste di accesso civico generalizzato alle quali l'Amministrazione risponde con una certa difficoltà, in quanto ciò imporrebbe agli Uffici addetti un carico di lavoro eccessivamente oneroso. Il caso è stato previsto dall'art. 22 del Regolamento Aziendale in materia di accesso, che, in conformità a quanto stabilito dal Punto 4.2 della Delibera ANAC n. 1309/2016 e dal Punto 7 lett. d) della Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione, stabilisce che "l'Amministrazione si riserva di valutare l'ammissibilità di domande di accesso civico generalizzato relative ad un numero irragionevole di documenti, imponendo così un carico di lavoro tale da paralizzare in modo sostanziale il buon funzionamento dell'attività pubblica. Il rifiuto deve essere adeguatamente e concretamente motivato".